FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N° 33

POUR

E DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

AUGUSTE BOURDETTE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT MÉDICAL

DE LA

ÉRITONITE TUBERCULEUSE CHRONIQUE

CHEZ L'ENFANT

Président : M. P. MARFAN *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine, (VIe)

1912

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

AUGUSTE BOURDETTE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT MÉDICAL

DE LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE CHRONIQUE

CHEZ L'ENFANT

Président : M. P. MARFAN *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine, (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBÉ (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

33

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage d'une profonde affection filiale.

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND
(1907-1908)

MONSIEUR LE DOCTEUR LAMY (*in memoriam*)
(1908-1909)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOUGET
(1908-1909)

MONSIEUR LE DOCTEUR AUCLAIR
(1909-1910)

MONSIEUR LE DOCTEUR DE BEURMANN
(1910-1911)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEMELIN
(1910-1911)

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUCHET
(1911-1912)

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAUNOIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TROISIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZY

MONSIEUR LE DOCTEUR BELIN

MONSIEUR LE DOCTEUR BERGE

MONSIEUR LE DOCTEUR DUJARIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAMINO
Médecin du Sanatorium d'Hendaye

A MONSIEUR LE DOCTEUR LALESQUE
Médecin du Sanatorium d'Arcachon

AVANT-PROPOS

Durant nos quelques mois d'internat au sanatorium de Hendaye, nous avons eu l'occasion de voir les heureux effets de la cure marine sur l'évolution de la péritonite tuberculeuse chronique de l'enfance.

Il nous fut permis de constater combien une semblable affection, dont nous connaissions le pronostic assez sombre, bénéficiait largement de la simple hygiène thérapeutique et du traitement marin.

Ce fut là l'idée première de notre thèse.

Nous nous sommes proposé dans ce travail, après avoir exposé la multiplicité et la valeur contestable des divers traitements de cette affection, de décrire, telle que nous l'avons vue, la cure marine intégrale ; nous en discuterons les indications et, à l'appui de notre étude, nous apporterons des observations, des statistiques, des résultats. Enfin, nous consacrerons un chapitre à l'héliothérapie à l'altitude, que beaucoup considèrent, aujourd'hui, comme le traitement de choix.

Mais avant d'aborder le sujet de notre étude, il nous reste à remplir un devoir que la reconnaissance plus

que l'usage nous impose ; c'est de remercier nos maîtres dans les hôpitaux qui nous ont accueilli avec tant de sympathie et qui nous ont donné de si précieux conseils. Que M. le professeur Segond, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe à la Salpêtrière, veuille bien recevoir ici un humble témoignage de notre grande reconnaissance pour le haut enseignement qu'il nous a donné.

Nous adressons à la mémoire de notre cher et regretté maître, le Dr Lamy, un hommage profondément ému ; il guida nos premiers pas dans l'étude de la médecine, et il nous prodigua avec une rare bonté ses excellentes leçons cliniques.

Le Dr Auclair qui fut pour nous, pendant notre année au Bastion 29, un maître éclairé, ne cessa de nous prodiguer ses conseils, ses encouragements et sa bienveillante sympathie. Nous lui devons le meilleur de nos connaissances bactériologiques et nous conserverons toujours le souvenir de ses instructives causeries familières où, à la science du maître, se joignait une paternelle bonté. Qu'il veuille bien accepter ce faible témoignage, en hommage de notre grande et respectueuse affection.

C'est à l'enseignement si pratique du Dr Demelin que nous devons nos connaissances obstétricales ; il nous a guidé pas à pas, nous faisant profiter de sa grande expérience et de son habileté ; qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour son excellent enseignement et son bienveillant accueil.

Nous sommes heureux de remercier ici le Dr Mouchet de la manière délicate et bienveillante dont il nous a traité, tout en nous initiant à la pratique chirurgicale ; nous lui exprimons notre bien vive reconnaissance.

Pendant notre internat au sanatorium d'Hendaye, nous avons recueilli les fruits de l'expérience acquise par le Dr Camino, dans la délicate pratique des maladies infantiles ; nous lui adressons ici nos plus sincères remerciements.

Nous nous faisons un plaisir de remercier le Dr Lalesque d'Arcachon, de l'extrême obligeance avec laquelle il a bien voulu nous communiquer quelques-uns de ces nombreux travaux si justement réputés, et où nous avons puisé de si précieux renseignements pour notre thèse ; nous lui en exprimons notre bien sincère gratitude.

Nous remercions M. le professeur Marfan d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse, et nous le prions de vouloir bien agréer l'hommage de notre bien vive et très respectueuse reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT MÉDICAL
DE LA
Péritonite Tuberculeuse Chronique
CHEZ L'ENFANT

HISTORIQUE

La péritonite tuberculeuse fut considérée pendant longtemps comme une des manifestations les plus redoutables de la tuberculose.

Son histoire ne remonte guère qu'à Grisolle. C'est lui qui, le premier, démontra que la moitié des inflammations chroniques du péritoine s'accompagnait de « dépôts tuberculeux sur la séreuse enflammée » et qui établit une distinction sur les péritonites chroniques tuberculeuses et les péritonites cancéreuses.

On admit, avec lui, que la tuberculose du péritoine comportait un pronostic fatal. L'esprit médical était, de plus, impressionné par ce fait qu'une tuberculose intéressant une séreuse qui s'enflamme et qui produit des effets si redoutables, devait être plus grave encore ; le plus souvent, à ce moment-là, on constatait des lésions multiples de tuberculose dans tous les organes, et, avec

Louis, on admettait que toute péritonite tuberculeuse s'accompagnait, plus ou moins, de tuberculose pulmonaire.

C'est donc vers cette époque, c'est-à-dire il y a cinquante ans à peine, que débute le traitement de la péritonite tuberculeuse, en tant que maladie constituée. C'est alors une affection médicale, mais c'est aussi, dans la pensée de Grisolle, « une affection générale, une infection qu'on doit combattre en soutenant l'organisme », mais dont le pronostic était presque toujours fatal.

Cependant, même à l'heure où l'incurabilité de la péritonite tuberculeuse était affirmée comme un dogme absolu, quelques voix s'élevèrent pour en démontrer sinon la curabilité du moins quelques guérisons de loin en loin. Villemin disait que la tuberculose des séreuses pouvait très bien guérir, mais momentanément. Lebert alla plus loin et distingua, au point de vue du pronostic, les cas de péritonite tuberculeuse localisée, des cas de péritonite tuberculeuse généralisée. Dans ces derniers cas, en effet, la mort est la règle comme dans les autres modes de la phtisie ; au contraire, quand il n'existe que quelques noyaux péritonéaux tuberculeux, la guérison est la terminaison habituelle, et Lebert déclara, en outre, que les granulations péritonéales pouvaient enrayer la marche de la phtisie.

Malgré l'affirmation de ces voix autorisées, il resta longtemps acquis que la tuberculose péritonéale avait un pronostic très sombre, et la plupart des traités de pathologie de cette époque en font foi.

Le traitement de la péritonite tuberculeuse est resté pendant longtemps purement médical, on a considéré l'erreur célèbre de Spencer Wels comme marquant le début de l'ère chirurgicale de la péritonite tuberculeuse. En 1862, Spencer Wels pratiqua une laparotomie, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire, et, au lieu du kyste de l'ovaire attendu, il se trouva en présence d'une péritonite tuberculeuse classique. A sa grande stupéfaction, non seulement la malade supporta très bien l'opération, mais elle guérit définitivement. A la vérité, de nouvelles erreurs de diagnostic et de nouveaux succès opératoires inespérés n'encouragèrent que peu à peu les chirurgiens à intervenir.

C'est seulement en 1884 que revint à Koenig le mérite d'avoir pratiqué le premier une laparotomie raisonnée dans un cas de péritonite. Il faisait paraître, à cette époque, un mémoire ainsi intitulé : *De la tuberculose péritonéale diffuse et des tumeurs apparentes qu'elle détermine dans l'abdomen avec remarques sur le pronostic et le traitement de cette maladie*. Dans ce mémoire, le chirurgien allemand préconisait catégoriquement la laparotomie dans certains cas de péritonite tuberculeuse. D'autres chirurgiens s'enhardirent et, de propos délibéré, rangèrent la tuberculose du péritoine au nombre des tuberculoses justicables du traitement chirurgical, au même titre que celles des os, des articulations, etc.

Grâce aux grands progrès de l'antisepsie et de l'asepsie

opératoires, la technique chirurgicale faisait de grands progrès, d'autant plus qu'à ce moment le traitement diététique et hygiénique de la tuberculose si éloquemment affirmé par Jaccoud, Grancher n'avait pas encore pénétré la masse des médecins qui accueillaient avec faveur l'intervention chirurgicale.

Les connaissances que l'on avait de cette affection se précisaient. Villemin décrit l'anatomie pathologique du tubercule. Koch découvre le bacille pathogène, et tout cela permet de donner plus de certitude aux observations cliniques des chirurgiens.

Des travaux et des thèses analysent l'anatomie pathologique et la symptomatologie de cette affection. La thèse de Boulland en 1885, assigne à la péritonite tuberculeuse des formes nettes, et Truc, dans sa thèse d'agrégation de 1886, s'occupe du traitement chirurgical et réunit 11 cas de laparotomie.

Puis se succèdent les travaux de Kümmel en 1887, de Maurange, Ceccherelli en 1889, Kœnig et Pic en 1890, Routier, 1890, la thèse d'Aldibert en 1892 et *la Revue générale* de Kœrsch en 1893 qui réunit 358 opérations pour péritonite tuberculeuse, enfin ceux de l'École italienne avec Mazzoni; et partout se dégage une tendance nettement interventionniste.

Un certain nombre de médecins voyant le grand succès obtenu par l'évacuation des ascites, mais constatant que la ponction évacuatrice simple ne suffisait pas, eurent l'idée de faire comme les chirurgiens, de laver le péritoine sitôt après la ponction. Le professeur Debove

en 1890, publia, à la Société médicale des hôpitaux, un cas de guérison à la suite d'une ponction suivie d'un lavage à l'eau boriquée ; et cette méthode fut également préconisée par Riva, Caubet et Baylac. Puis au lieu d'agir directement sur le péritoine au moyen d'antiseptiques, certains auteurs eurent l'idée d'employer des caustiques, agissant comme le chlorure de zinc sur les articulations tuberculeuses. On proposa donc, après évacuation complète du liquide ascitique, d'injecter du naphtol camphré (Rendu, Cazin), du sublimé (Maurange), de l'éther iodoformé (Truc), et l'expérience prouva que le péritoine supportait bien ces différents topiques.

Mais rien de tout cela ne décelait le processus intime de la guérison par la laparotomie. On supposa que seule l'action directe de l'air atmosphérique sur la séreuse péritonéale était le grand facteur de cicatrisation, d'où surgit immédiatement une nouvelle méthode thérapeutique : l'injection d'air stérilisé dans la séreuse sitôt après l'évacuation de l'ascite. Mosetig Moohrof fut le premier à intervenir ainsi ; Tollet, Duran de Barcelonne, préconisèrent, avec des résultats heureux à l'appui, la même méthode, et MM. Teissier et Bergonié vinrent ajouter à ces travaux des expériences de laboratoire concordantes.

Puis, peu à peu une réaction se produisit en faveur du traitement médical ; cette réaction se produisit d'une part, grâce à la multiplicité des interventions qui permit d'en préciser les indications, et, d'autre part,

parce que le traitement hygiénique et diététique de la tuberculose, l'utilisation surtout de la cure d'air, de la cure marine, de la cure solaire, ne furent mis en œuvre que tout récemment.

Sur l'inspiration de son maître, le Dr Comby, le Dr Grange a exposé le traitement médical de la péritonite tuberculeuse ; selon ses conclusions, l'intervention chirurgicale, c'est-à-dire la laparotomie, doit être absolument rejetée sauf dans la variété fibro-caséeuse avec phlegmon, et dans certaines péritonites suppurées uniloculaires ; il admet également devoir être du domaine chirurgical la péritonite à forme fibro-adhésive, quand par excès de sclérose cicatricielle, des phénomènes d'occlusion intestinale viennnent se produire. L'intervention chirurgicale donne de beaux succès dans la forme ascitique, aussi, beaucoup de chirurgiens pensent que l'on doit intervenir. Or, étant donné les succès non moins beaux obtenus par le traitement médical, pourquoi ne pas préparer cette méthode à la laparotomie ; les résultats ne sont pas inférieurs et les dangers sont moindres ?

Nous avons l'intention dans ce modeste travail, après avoir exposé brièvement les formes cliniques de la tuberculose du péritoine dans l'enfance, de décrire la technique de ce traitement médical. Nous passerons sous silence certains des procédés thérapeutiques employés dans ces dernières années par la plupart des médecins, tels que la vésication iodée, le collodionnage, les vésicatoires volants, voire les procédés médico-chi-

rurgicaux tels que les injections modificatrices et ses nombreuses variétés.

Notre objectif est l'exposé détaillé du traitement de la péritonite tuberculeuse par la cure d'air, la cure marine et la cure solaire : procédés tout récents.

La cure marine a été l'objet de maintes observations concluantes de la part du Dr Comby, du Dr Lalesque d'Arcachon, du Dr Leroux de Paris ; la cure solaire fut préconisée il y a une dizaine d'années enuiron par le Dr Rollier à Leysin et par le professeur Poncet à Lyon, pour les tuberculoses chirurgicales, et ce n'est guère que depuis 1908 que ces mêmes auteurs ont utilisé la cure solaire pour le traitement des péritonites chroniques ; le Dr Camino et Dujarric de la Rivière et nous-même lors de notre internat au sanatorium d'Hendaye avons eu l'occasion de faire de l'héliothérapie pour ces mêmes malades, ainsi que de la cure marine. A l'appui de notre exposé, nous publierons des observations, des statistiques, des résultats.

Nous verrons ensuite, quelles sont, d'après ces statistiques, les formes qui doivent bénéficier du traitement médical, quelles sont celles qui doivent relever du traitement chirurgical, et il nous restera alors, armé de toutes nos observations, à voir s'il n'y a qu'un traitement de la péritonite tuberculeuse chronique de l'enfance, c'est-à-dire un traitement médical, et à tirer des conclusions que nous aura imposées notre étude.

FORMES CLINIQUES

La péritonite tuberculeuse se présente à nous sous deux formes principales : la tuberculose aiguë et la tuberculose chronique. Notre étude ayant pour but le traitement de la forme chronique, nous serons brefs sur la description de la tuberculose aiguë.

a) *Tuberculose aiguë.* – La plupart des auteurs distinguent la forme miliaire granulique aiguë. C'est ici le tableau clinique de la phtisie granulique, à lésion miliaire disséminée sur les séreuses et dans les parenchymes. La participation du péritoine au complexus morbide se marque par les douleurs abdominales qu'exaspère la pression, par les vomissements porracés, par le météorisme. L'état général est typhoïde, la fièvre continue et irrégulière, l'amaigrissement rapide. Dans certains cas, l'éruption granulique prédomine sur les séreuses, péricarde, plèvre, méninges, péritoine ; c'est une périsplanchnite aiguë.

b) *Forme miliaire pleuro-péritonéale.* — La lésion est limitée à la séreuse pleuro-péritonéale. Le début

ressemble à celui d'une péritonite aiguë non tuberculeuse avec des vomissements, les douleurs abdominales, de la fièvre continue, pouls petit et fréquent, facies grippé.

L'examen du thorax révèle aux deux bases l'existence d'une pleurésie sèche ou avec un léger épanchement ; l'auscultation permet d'entendre des frottements, et le malade se plaint de dyspnée et de toux. L'ensemble des symptômes péritonéaux et pleuraux décèle la plupart du temps la nature tuberculeuse de la lésion. Quand l'affection est aiguë, elle tue le plus souvent en quelques semaines ; lorsqu'elle est subaiguë elle est fréquemment mortelle en quelques mois. Enfin, elle peut guérir par évolution fibreuse des lésions.

c) *Forme miliaire péri-cæcale appendiculaire.* — Observée par Lejars en 1896, simulant l'appendicite elle se caractérise anatomiquement par la localisation péri-cæcale des lésions tuberculeuses. Le maximum de fréquence de cette tuberculose se trouve entre douze et quinze ans. De nombreux cas ont été rapportés par Quénu, Routier et Broca : le tableau est celui de l'appendicite : vomissements, douleurs au point de Mac Burney. Il y a en général de la fièvre, mais l'évolution thermique est modérée, tandis que le pouls est rapide. Cette dissociation du pouls et de la température est symptomatique de ces lésions appendiculaires. Cette affection évolue de deux façons : ou bien, c'est la mort rapide en trois jours, par péritonite, par perforation : ou

bien, elle évolue vers la guérison par transformations fibreuses.

Tuberculose chronique

Elle donne lieu, en général, à des tableaux cliniques distincts suivant la forme qu'elle revêt, mais souvent ces tableaux sont reliés entre eux par d'insensibles transitions et en somme, fort voisins les uns des autres.

I. *Forme ascitique*. — C'est la forme que Cruveilher a décrite sous le nom d'ascite essentielle des jeunes filles et celle que le professeur Marfan a justement dénommée *l'ascite chronique curable* de la grande enfance. Cette affection chronique du péritoine particulièrement fréquente chez les jeunes filles à l'âge de la puberté est caractérisée par le développement lent d'une ascite simple, apyrétique, à peu près indolore, spontanément curable. On a contesté l'origine de cette ascite; longtemps dénommée ascite idiopathique ; ce n'est que depuis l'intervention des chirurgiens qui ont dévoilé de discrètes lésions tuberculeuses qu'on la dit maintenant essentiellement tuberculeuse et l'inoculation du liquide ascitique aux cobayes est venue confirmer ce point d'étiologie.

Cette forme débute par quelques douleurs abdominales, des vomissements, de la diarrhée que ne tarde pas à remplacer la constipation. On constate un léger mouvement fébrile, 38 à 39 degrés L'enfant est pâle, amaigri ; l'examen physique décèle une ascite libre,

simple, et, à l'auscultation, on entend quelques frottements pleuraux (Marfan).

Dans quelques semaines, tout rentre dans l'ordre, sauf l'ascite ; celle-ci persiste, augmente rarement jusqu'à nécessiter la ponction, mais elle peut subir des oscillations variables. Au bout de quelques mois, l'ascite se résorbe et l'enfant guérit parfaitement, d'où le nom donné par Marfan à ce syndrome : *ascite chronique, tuberculeuse, bénigne* de la seconde enfance. Dans la plupart des cas, l'ascite chronique évolue comme la pleurésie tuberculeuse. Nous sommes en présence dans les deux cas d'une réaction de défense vive et efficace de la part de la séreuse contre l'infection, et cela est d'un heureux augure pronostique. Dans une autre série de cas, la tuberculose continue son évolution torpide, l'ascite se résorbe lentement et suivant le type fibreux ou caséeux réalisé par les lésions spécifiques se dessine le tableau de l'une ou l'autre forme de la péritonite tuberculeuse.

II. *Forme caséeuse, ulcéreuse.* — On peut la voir d'emblée ou succéder à la forme ascitique mais presque jamais à la forme fibreuse. En outre, on peut la voir succéder à la tuberculose péritonéale aiguë ou subaiguë. Primitive, elle se traduit par des troubles vagues : inappétence, nausées, accès de constipation et de diarrhée ; bientôt après, survient un symptôme constant et d'une grosseur valeur diagnostique : c'est le météorisme, surtout marqué après les repas. Le

ventre reste ensuite gonflé et contraste fort avec l'amaigrissement des membres.

L'état général décline assez vite, et cette période initiale peut durer quelques mois Puis l'ascite survient, plus ou moins abondante ou plus ou moins cloisonnée; le ventre est tendu et non étalé ; la peau est dure, œdématiée, sillonnée par un réseau veineux, superficiel, péri-ombilical ; la percussion indolore dénote des zones mates et sonores: c'est la matité en damier.

Si l'épanchement se résorbe ou même après une ponction, la palpation fournit à coup sûr le diagnostic. On perçoit de petits gargouillements, de la crépitation amidonnée, et profondément on sent les gâteaux péritonéaux siégeant dans les fosses iliaques, dans les hypocondres, correspondant à des masses caséeuses immobiles, à des amas néo-membraneux et à des kystes ascitiques. A ce moment, on peut voir des alternatives de diarrhée, de constipation, des vomissements. La dénutrition s'effectue rapidement; l'enfant est pâle, terreux, et la fièvre persiste le soir : 38, 39 degrés. La mort peut survenir par le fait d'une complication ou d'une généralisation de l'infection bacillaire. Quand la guérison survient, c'est presque toujours par le passage des lésions à l'évolution fibreuse.

III. *Forme fibreuse.* — Comme la forme précédente, elle peut apparaître d'emblée ou bien succéder à la forme ascitique ou à la tuberculose péritonéale aiguë ou subaiguë. Le début est également insidieux et lent.

Après quelques troubles intestinaux, vagues apparaissent le météorisme, puis l'ascite. Celle-ci disparaît assez rapidement, et la palpation permet de reconnaître l'empâtement, l'immobilité de l'intestin et de la sensation de la corde épiploïque. Bientôt le ventre est rétracté en « bateau », la masse intestinale est agglutinée au-devant du rachis et on a la sensation très nette de la symphyse péritonéo-viscérale et péritonéo-pariétale tout à fait caractéristique de l'affection.

L'état général est loin d'être atteint comme dans la forme ulcéro-caséeuse et on ne signale presque jamais de la fièvre. La maladie aboutit au bout de quelques mois, soit à la mort par généralisation caséo-ulcéreuse des lésions fibreuses, soit à la guérison, annoncée par l'amélioration de l'état général et la disparition des masses péritonéales.

TRAITEMENT MÉDICAL

Nous allons exposer le traitement médical de la péritonite tuberculeuse qui est revenu en faveur depuis quelques années, après une longue période de discrédit. La curabilité de la tuberculose et des séreuses en particulier est aujourd'hui mieux connue, et, en ce qui concerne la tuberculose du péritoine, déjà sont nombreux les succès obtenus par le traitement médical.

Boulland, dans sa thèse, a produit des faits observés et des formes graves guéries par le traitement médical. Sauf la tuberculose miliaire aiguë qui est grave, dit-il, par elle-même et à cause des complications, le pronostic de la forme fibreuse n'est grave que chez les malades déjà épuisés ou lorsqu'il survient des complications pulmonaires ; la forme ulcéreuse peut parfois guérir par transformation fibreuse calcaire.

Tous les traitements médicaux, si variés soient-ils, doivent découler d'un même principe : aider l'organisme à guérir spontanément. C'est sous l'empire de cette idée qu'un grand nombre d'auteurs pensèrent avec raison que le traitement médical doit toujours être tenté, qu'il s'impose même dans certaines formes et qu'on ne

doit recourir à l'intervention qu'après l'échec de méthodes médicales ; aussi ont-ils préconisé le traitement de la tuberculose en général.

Le principe de ce traitement, basé tout simplement sur le repos, l'air et la suralimentation, a déjà donné d'excellents résultats, et cette hygiène spéciale, que l'on doit imposer au tuberculeux pulmonaire ou péritonéal, ne fait que nous rendre plus vraie la phrase de Bouchard qui dit que dans le traitement de la tuberculose, ce sont les agents de l'hygiène qui priment tout.

Cure d'air

La valeur de la cure d'air dans la tuberculose est reconnue depuis longtemps, et il y a beau jour qu'on recommande aux tuberculeux d'habiter la campagne. La cure doit être continue, ne s'interrompre ni jour ni nuit. Pendant la journée elle se fera dehors, sous des galeries ou des vérandas à cause du vent et de la pluie. Les malades, à l'abri, peuvent pratiquer leur cure d'air dans tous les temps. Elle se fait maintenant dans les sanatoria, sur des chaises longues. Tel est le principe. Mais en ce qui concerne la péritonite tuberculeuse, il est bon de prendre quelques ménagements au début et de tâter la résistance de l'enfant. Le meilleur moyen pour habituer le malade à l'air est de l'y exposer couché, dit le Dr Detweiller. La position couchée, en favorisant la circulation du sang, en évitant toute fatigue au corps,

en rendant plus facile l'enveloppement dans les couvertures, aide à cette accoutumance.

Naturellement, les fébricitants, les enfants profondément anémiés ou cachectiques, ceux-là devront garder la chambre pendant un temps variable ; pour les habituer à la vie, au grand air, on se contente d'ouvrir leurs fenêtres. Ils ne passent au dehors, sur les vérandas attenant aux chambres, que quelques heures par jour, puis, quand l'accoutumance est établie, ils viennent prendre leur place sous leurs galeries de cure.

La cure d'air se fait par tous les temps, mais encore est-il qu'on prend des précautions pour que les conditions météorologiques n'aient point d'action défavorable sur les malades. Les médecins suisses Detweiller, Blumenfeld font commencer la cure d'air dans les sanatoria vers 8 ou 9 heures du matin et la font durer jusqu'à 10 heures du soir : les malades font ainsi la cure pendant sept, dix et quelquefois onze heures. Voilà ce qui se passe pendant le jour.

La nuit, la cure d'air va se prolonger par l'aération continue de la chambre. La plupart des sanatoria ont aménagé des chambres dans lesquelles une ventilation abondante est assurée. Les moyens de ventilation sont nombreux et chaque sanatorium possède un système de ventilation plus ou moins simple, plus ou moins perfectionné ; le système des impostes mobiles est des plus simples et des plus répandus. Le Dr Grange, dans sa thèse, signale une invention du Dr Castaing. C'est un système de vitres parallèles à ouverture contrariée. On

laisse entre les parties d'une vitre un espace libre de 3 ou 4 centimètres et on obture ce vide par des vitres extérieures légèrement distantes des premières et d'une hauteur de 7 à 8 centimètres. Cela ne suffit point pour la cure d'air : il faut que les fenêtres soient ouvertes. Celles-ci restent ouvertes pendant toute la journée et ne sont fermées qu'au moment du coucher, ou un peu avant, selon la sensibilité du sujet. Elles sont de nouveau ouvertes quand il est dans son lit. Les malades qui arrivent au sanatorium sont habitués graduellement à ce *modus vivendi*. La fenêtre n'est d'abord qu'entr'ouverte, puis on augmente l'ouverture et on soulève les stores qui empêcheraient le libre accès de l'air. Le malade couche donc en plein air. S'il y a du vent, il est parfois bon d'entourer le lit d'un paravent; le malade passe ainsi sa nuit, puis les fenêtres sont de nouveau fermées pour le lever.

D'ailleurs, l'aération continue n'empêche nullement le chauffage de la chambre et la température de celle-ci peut même pendant l'hiver, avec la fenêtre ouverte, ne pas descendre au-dessous de 10 et 12 degrés. Les malades habitués ne se plaignent jamais du froid pendant la nuit ; car il ne faut pas confondre aération continue et froid continu ; on ne cherche pas à acclimater les malades au froid, et le froid ne fait pas partie intégrante de la cure d'air. Il n'y a de contre-indication à la cure, telle que nous l'avons exposée, que s'il survient un épisode aigu au cours de la maladie, soit une com-

plication pulmonaire, soit une aggravation des lésions péritonéales.

Les effets de la cure d'air sont le plus souvent bienfaisants ; le bien-être qu'éprouve le malade est toujours considérable : le malade sent ses forces renaître comme par enchantement ; sa fièvre disparaît, de même son anorexie, son dégoût pour les aliments et la digestion s'améliore. Pendant la nuit, le sommeil se régularise, les sueurs disparaissent, le réveil est agréable, le malade se décachectise à vue d'œil et le sent. Chez tous, l'impression est la même : ils ne se sont jamais si bien portés. C'est à la cure d'air qu'il faut attribuer la plus grande part à cette amélioration à laquelle contribuent aussi les autres prescriptions hygiéniques et le nouveau genre de vie auquel se soumet le malade.

Cure au repos

La cure à l'air doit se faire au repos, et c'est là le second principe du traitement hygiénique. Comme il s'agit ordinairement d'enfants, le médecin n'aura pas à lutter chaque jour contre son malade pour lui interdire les exercices violents, d'autant plus que l'état de son ventre ballonné et douloureux au début lui permettrait difficilement la marche ou la station debout.

Nous serons donc brefs là-dessus. Disons cependant que le tuberculeux doit se reposer pour dépenser moins, mais le repos physique n'est pas le seul visé par les médecins ; ils demandent aussi le repos intel-

lectuel et on pourrait y ajouter le repos moral, peut-être le plus essentiel et parfois le plus difficile à obtenir.

A côté de ces grandes règles hygiéniques de la cure d'air et de la cure au repos, il existe quelques pratiques hygiéniques moins importantes, mais qui complètent la cure. Nous voulons parler de l'hygiène du corps et de son endurcissement. Nous avons vu que tout en laissant le malade à l'air, nuit et jour, on prenait la précaution de le protéger en le couvrant. Il est très difficile d'éviter à un malaise tout refroidissement ; il est beaucoup plus facile de l'endurcir, de lui refaire un organisme à réactions normales, se défendant par lui-même contre les intempéries.

Tout le monde tient pour vrai le mot de Péter : « Qu'on ne s'enrhume pas par son poumon, mais par sa peau », et c'est la surface cutanée qu'on s'efforce d'endurcir. La peau du tuberculeux fonctionne très mal et présente des troubles de réaction dès le début de la maladie. Les sueurs existent souvent bien avant les principaux symptômes. La cure d'air par elle-même constitue déjà une excellente méthode d'endurcissement ; cela ne suffit point. Le malade, en général, sue trop facilement, et il faut que, suivant l'expression de Detwiller, « sa peau se déshabitue de suer ». L'endurcissement s'obtient surtout par des frictions quotidiennes avec des linges secs, au début, sur les jambes et sur le dos ; puis on continue avec des linges imbibés d'une solution alcoolique et on arrive ainsi peu à peu à l'hydrothé-

rapie par le drap mouillé et enfin par les bains et par les douches.

Nous avons vu, dans ce qui précède, que le but du médecin, en matière de tuberculose, est de diminuer les pertes organiques : la cure de repos y excelle ; d'augmenter les apports par la cure d'air, et nous allons voir maintenant comment ces apports seront principalement entretenus par la cure d'alimentation.

Suralimentation

Pour se guérir il faut qu'un tuberculeux se nourrisse abondamment. C'est là un fait reconnu depuis bien longtemps et tous les médecins ont vu vivre pendant des années des phtisiques même avec des lésions pulmonaires avancées, mais s'alimentant bien. Aussi, dans les sanatoria, la question de l'alimentation est-elle étudiée avec le plus grand soin. « Ma cuisine, c'est ma pharmacie », dit Detwiller, et il considère que la suralimentation, est encore plus utile que la cure d'air, car, dit-il, tandis que celle-ci représente un moyen d'améliorer le sang, celle-là est la condition indispensable à sa formation.

Quelle sorte de nourriture donnera-t-on aux malades pour les suralimenter ? Va-t-on calculer ses pertes en azote, carbone, graisse, et lui donner des aliments en rapport avec ses pertes ? Cela fut tenté, mais les résultats variables auxquels on fut conduit ne semblent point avoir beaucoup influencé le public médical. Partout on

rencontre l'alimentation la plus variée, avec cependant une prédilection marquée pour les aliments gras.

La graisse est un aliment qui, de l'avis de tous, tient une place prépondérante dans l'alimentation des tuberculeux ; elle agit non seulement en fournissant au corps de la graisse et du carbone, comme les hydrates de carbone, mais aussi en ralentissant la désassimilation des matériaux albuminoïdes. Les graisses sont données sous toutes les formes : cervelle, jaune d'œufs, caviar, gras de jambon, mais surtout beurre ; toutes les sauces, tous les légumes renferment une quantité notable de graisse de façon que le malade absorbe cet aliment sans s'en douter.

Il est différentes manières de donner la nourriture aux malades en quelques grands repas ou en nombreux petits repas.

Nous avons supposé dans tout ce qui précède que nous avions affaire à un malade sans fièvre, aux fonctions digestives normales. Mais tous, malheureusement, ne sont pas capables de s'alimenter et nous savons, en outre, que les troubles digestifs sont les premiers symptômes de la péritonite tuberculeuse. Souvent, le changement de milieu, le changement de régime influencent heureusement l'appétit. Nous avons vu plus haut dans quelles excellentes conditions hygiéniques se trouvait placé le malade, et la cure de repos à l'air libre est là encore pour réveiller les fonctions digestives.

Le régime alimentaire chez un malade atteint de

péritonite tuberculeuse et le plus souvent un enfant demande une grande délicatesse pour être administré. Il va de soi qu'il faut éviter une surcharge alimentaire qui pourrait provoquer des troubles intestinaux gênants ; il faudra donc se contenter parfois d'une ration d'entretien nécessaire, c'est à-dire, une ration de guérison, car la ration d'entretien ne peut suffire à quiconque est en puissance de tuberculose.

Pour ce faire, on lui fera ingérer les substances les plus assimilables, les plus nutritives de façon à lui donner sous le plus petit volume la plus grande quantité possible d'aliments.

Le professeur Grancher avait l'habitude de prescrire ainsi : « Je donne deux ou trois œufs à la coque, 100 grammes de pulpe de viande crue et un potage féculent, toutes choses qu'il convient de surajouter peu à peu à l'alimentation ordinaire ; il est sage de répartir sur les trois ou quatre repas cette ration de guérison, et j'ai l'habitude de prescrire, par exemple, les œufs à la coque au premier déjeuner, la pulpe de viande crue au deuxième déjeuner et le potage épais aux féculents ou aux pâtes, au commencement du dîner. »

Pour cette catégorie de malades, les petits repas font merveille. Le malade, qui ne peut surmonter sa répugnance pendant tout un long repas, y arrive, pour absorber rapidement quelques mets.

Ajoutons enfin que c'est le lait qui tient la première place parmi les aliments commodes pour la suralimentation. Malheureusement, tous les malades ne supportent

pas bien le lait ou ne le supportent plus après l'avoir bu volontiers pendant longtemps. Il faut alors en dissimuler la saveur en l'aromatisant avec du café ou du cognac. En cas d'échec, on peut avoir recours au lait de chèvre et au petit lait, au koumys et au képhir.

Nous avons exposé les principes fondamentaux d'hygiène nécessaire au traitement médical de la péritonite tuberculeuse. On s'est demandé, pendant longtemps, si ce traitement donnait les mêmes résultats à la ville comme à la campagne, et s'il n'existait pas des contrées spéciales qui se recommandaient au traitement médical. Partout la tuberculose sévit, sur les montagnes, sur le bord de la mer, dans les pays chauds comme dans les pays froids, mais il est reconnu cependant qu'il existe des climats plus favorables que d'autres à l'organisme du tuberculeux. qui peuvent le mettre en état de lutter contre la maladie avec moins de désavantage.

Les climatologistes ont soigneusement analysé tous les éléments variés dont se compose un climat : température, variations barométriques et électriques, hygrométricité, exposition, force, durée, direction des vents, etc., etc., ils se sont rendu compte que tel climat était privilégié pour certaines formes de tuberculose, tel autre était dangereux. En matière de tuberculose, il est hors de doute qu'il n'y a qu'un climat idéal : c'est celui des stations situées dans le Midi. L'hiver y est à peu près nul ; les brouillards et l'humidité sont rares et le malade est soustrait à la plupart des intempéries et aux causes de refroidissement si funestes pour lui ; et

c'est le Midi, qui est situé sur le bord de la mer, qui offre le plus d'uniformité climatologique et la plus faible amplitude d'oscillations météorologiques.

D'autre part, selon Jaccoud et certains auteurs, il fallait combattre la tuberculose en plaçant le malade dans un air entièrement privé d'humidité, dans un air pur, sec, raréfié, en un mot dans la montagne. C'est ce qui fait qu'on a adopté, en partant de ces deux grands principes, deux cures climatériques assez distinctes : la cure marine et la cure de montagne.

Cure marine

Jusqu'à ces derniers temps, les médecins défendaient systématiquement la mer à toute manifestation viscérale ou séreuse de la tuberculose. La thérapeutique de cette affection a souffert et souffre encore de la doctrine médicale ; aussi les cas de tuberculose péritonéale traitée dans les hôpitaux marins étaient-ils rares et la littérature médicale est à peu près muette à ce sujet.

Depuis une dizaine d'années, le silence est rompu. Les publications de Maurange, Marfan, Comby, Leroux, Lalesque, Marcou-Mutzner, Méry, Ménard. Manquat, Vidal, Lasserre, D'Espine, Camino, Dujarric de la Rivière, Calot, ont jeté la lumière sur la cure marine. Tous se sont érigés en partisans convaincus des heureux effets de la cure intégrale (aération, balnéation, insolation).

La climathérapie marine de la tuberculose en général

a soulevé des discussions et des controverses parfois ardentes. Le premier Congrès qui eut lieu à Biarritz (190[illegible]) a marqué une étape dans la phtisiothérapie marine. Après le rapport officiel du Dr Lalesque d'Arcachon, de savantes et intéressantes discussions se sont produites. Depuis les différents congrès de Paris, Rome, Nice, etc., il est acquis aujourd'hui que la cure marine est à l'ordre du jour, que ses adversaires sont plus rares, moins catégoriques et ses partisans plus nombreux. Le rôle curatif de la mer « n'est plus à faire valoir » a dit récemment le professeur Landouzy, pour mettre fin à l'ostracisme qui pesait encore sur la phtisiothérapie marine. Ce qu'il importe le plus, soit aux candidats à la tuberculose, soit à l'individu en puissance active du bacille de Koch, c'est de fuir les climats à vicissitudes thermologiques brusques. Pour ces malades, à quelques nuances près, la température haute ou basse de l'atmosphère importe peu ; ils peuvent guérir aussi bien dans les pays chauds que dans les pays froids, mais à la condition d'y trouver l'égalité de la température. Cela est si vrai que Fonssagrives a pu dire : « La formule de la recherche d'un climat pour les phtisiques se résume à peu près dans ce seul mot : stabilité thermique. » Or, la mer qui est un vaste réservoir de calorique, puissant agent de la régulation thermique, n'impose à l'air ambiant que des variations très réduites et très lentes. Aussi, la chaleur atmosphérique est-elle répartie beaucoup plus uniformément au bord de la mer (climats marins) qu'à l'intérieur des terres

(climats continentaux). En un mot, toute la météorologie des climats marins, surtout si on la compare à celle des autres climats tempérés, éminemment variée et changeante, se fait remarquer par son uniformité (Lalesque).

Le plus important élément d'un climat est la température, et on entrevoit bien que la régulation thermique, due au voisinage de la mer, crée un ensemble climatique que nous résumons :

a) Une température constante avec des étés frais, des hivers doux ; la variation diurne très atténuée sur la côte est presque insensible au large ;

b) Un état hygrométrique élevé à régime stable comme celui de la température ;

c) Une prédominance des vents du large, tièdes, humides, avec alternance des brises de terre et de mer ; ils sont les agents actifs de l'équilibre thermique et les facteurs principaux de la pureté atmosphérique. Les vents marins à température constante, tiède l'hiver, fraîche l'été, soufflent toujours humides.

La pureté atmosphérique du bord de la mer est due à deux éléments principaux : la pluie et le vent, auxquels, dans certaines régions de l'Océan, notamment dans le littoral girondin (Arcachon), viennent s'ajouter les forêts ; la pluie lave l'atmosphère, c'est une loi constante et le vent a les mêmes effets, surtout venant du large pur de tout germe. La présence des forêts augmente cette pureté de l'air déjà grande, en particulier les forêts de conifères ; outre qu'elles assainissent l'atmosphère, dit Lalesque, elles brisent les vents et constituent

ainsi pour certaines stations un précieux écran ; elles font office de serres chaudes en régularisant la température et tamisent la lumière sans l'arrêter ; en outre, elles sont riches en ozone et en vapeurs térébenthinées.

Nous venons d'énumérer les principales qualités des éléments qui composent le climat marin et nous allons voir maintenant comment les agents physiques et chimiques qui le composent déterminent leurs effets curatifs et physiologiques directs.

a) *État hygrométrique.* — L'air humide, dit Hayem, ne refroidit pas les surfaces respiratoires ; tout au contraire, il équilibre et stabilise la température des voies respiratoires en leur procurant ainsi une réelle condition de calme et de repos.

En outre, il atténue les fonctions cutanées et, par là, les sueurs si préjudiciables aux phtisiques. Il a encore pour effet de détendre le système nerveux des malades et de calmer l'insomnie. Nous verrons plus loin les beaux résultats obtenus par le Dr Lalesque dans la cure marine de la péritonite tuberculeuse au sujet de cette action sédative et calmante.

b) *Pression barométrique.* — C'est un des facteurs primordiaux de la cure marine : plus nettement encore que les autres agents physiques, elle dessine cette action sédative à laquelle elle ajoute aussi des effets toniques. La pression barométrique, très élevée au bord de la mer, tient sous sa dépendance le mécanisme phy-

siologique et chimique des phénomènes à circulation générale et pulmonaire ; l'hématose est considérable et le malade n'a qu'à subir passivement les effets salutaires de l'air marin. Le nombre des globules rouges est augmenté ainsi que leur richesse en hémoglobine ; la circulation générale est heureusement influencée et les effets sur le cœur en deviennent saisissables : l'érethisme cardiaque tend à disparaître.

La teneur de l'air marin en chlorure de sodium, iode et ozone, a donné lieu à des discussions scientifiques et les avis sont partagés pour attribuer à l'un ou à l'autre de ces corps des effets toniques salutaires, microbicides même. Disons seulement que le climat marin est tonique par la pureté de son air et aseptique, ce qui n'est pas sans importance. Que nous considérions cette pureté par son côté bactériologique ou par son côté chimique (richesse en oxygène), nous pouvons affirmer sans crainte d'être contredit que pour le tuberculeux en particulier, respirer un air pur, c'est littéralement respirer la vie.

Technique de la cure marine

Aération. — Et d'abord, il faut employer jour et nuit l'aération continue, la suraération, selon l'heureuse expression de Legrand. C'est toujours le repos relatif au complet selon les indications fournies par le thermomètre. Puis, pendant le jour, les enfants feront de

longues stations sur la plage, installés sur une chaise longue, la tête abritée du soleil par un paravent-abri. Pendant la nuit, les fenêtres seront toujours plus ou moins ouvertes.

Bains. — L'hiver, on donnera des bains de mer chauds, l'été, des bains de mer à la température ordinaire, ou bien, selon les formes de péritonite, des bains de mer à la plage. Le bain de mer à la plage ne convient guère qu'à certaines formes de péritonites fibro-plastiques, légères, en bonne voie. La durée de ce bain à la plage doit être très courte (deux à trois minutes), car la réaction est quelquefois très vive et il sera bon de faire faire à l'enfant un exercice modéré, ce qui atténuera le frisson initial. D'ailleurs, avant de donner des bains froids à la mer, on débute progressivement par des bains d'eau de mer tiède ou des douches tièdes à faible pression, pour passer ensuite à la douche écossaise, puis froide, et enfin au bain de mer à la plage et à la lame.

Les bains de mer chauds, les douches d'eau de mer chaudes, ont une action résolutive très marquée et s'adressent à toutes les formes avec fièvre modérée. Nous avons vu à Hendaye ces différentes formes d'hydrothérapie marine, rétablir l'exercice normal des fonctions, relever les forces, exciter la nutrition et entraîner une amélioration locale en relevant l'état général.

Cure sur mer. — Un autre procédé d'aération qui

réalise à la fois un bain d'air et un bain de lumière, c'est la navigation qui se fait sur des barques. C'est le procédé qu'a employé le Dr Lalesque pour ses malades dans la baie d'Arcachon.

Un canot ordinaire ou un bateau à voiles dans lesquels on placera une chaise longue pour y étendre commodément le malade permettra de faire la cure sur mer.

« La tranquillité des eaux de la baie, dit le Dr Lalesque rend cette cure sans danger et permet d'en varier les procédés. Dans tel cas, le bateau reste à l'ancre, à quelques encâblures du rivage, et le malade, pendant de longues heures, se laisse doucement bercer par les flots. Ou bien la barque mue par la rame, ou poussée par le vent, promène, étendu sur la chaise longue, le malade qu'un parasol ou une simple ombrelle abrite du soleil et qu'égaient le va-et-vient des pêcheurs et les mille incidents de la vie nautique. »

Quelques-uns sont abrités sous une tente faisant dôme. Bientôt entraînés, les malades ne redoutent plus la houle, ni le vent, et poursuivent leur cure à bord de petits voiliers d'un modèle original et commode : le bac plat à voiles.

La durée de la cure sur mer varie selon les cas, selon les malades. Au début, une heure de promenade nautique doit suffire ; peu à peu, avec l'entraînement, la sortie en mer peut se prolonger plusieurs heures consécutives et même des journées entières. Rare en été au moins pendant juillet et août, la cure en barque est surtout pratique d'octobre à juin.

Le Dr Bagot, à Roscof, accorde comme le Dr Lalesque une grande importance à ce traitement marin ; comme lui, il préconise « les excursions en mer, le « louvoyage », ce merveilleux moyen de concilier la cure de repos avec l'aération continue ».

Pour Fistié, son élève, la cure marine comprend le séjour sur la plage dans la journée et l'aération continue ; le séjour sur les plages est une cure d'immobilisation. On doit éviter au malade la fatigue. « Il faut se munir de sièges très commodes, prendre des précautions contre le soleil, la pluie, le vent, le refroidissement. » Puis, comme Bagot, il vante les navigations de plaisance qui amènent le calme de l'esprit et le repos du corps.

Diminutif du voyage en mer qui ne s'adresse qu'aux favorisés de la fortune, la cure en barque vise à faire aussi intime que possible le contact du malade avec l'élément incontesté du climat marin, l'air pur, à mettre en jeu la plus grande lumière, synthétisant ainsi les effets thérapeutiques exaltés du bain de lumière et du bain d'air.

Les bains de soleil en mer, voilà le principe. « Dans cette mer où la lumière reflétée par le vert miroir des flots, enveloppe le malade de toutes parts, descend du ciel et remonte sur la vague ; couché au fond d'une barque, le tuberculeux aspire de tous côtés la lumière et la guérison » (Lalesque).

D'autre part, cette cure en barque tire profit du mou-

vement imprimé au bateau par la mer et les vents (langage, roulis); aux malades condamnés à l'inactivité musculaire, il est précieux de conserver le bénéfice de l'exercice sans effort. C'est l'exercice passif ou repos actif de Kuborn. Or, tout mouvement passif transmis par un agent extérieur (ici mer ou bateau) détermine des contractions musculaires inconscientes régies dans le cas qui nous occupe par la loi de la stabilité, même pour notre malade étendu sur une chaise longue. Ce travail trop peu marqué pour produire la fatigue suffit à provoquer dans l'organisme des réactions auxquelles se rattachent certains des bons effets de la cure en barque, en particulier le réveil de l'appétit, l'euphorie, le retour du sommeil (Lindsay, Lalesque).

Enfin, la cure de barque entraîne une détente psychique appréciable, car la distraction est utile aux enfants déjà grands qu'une maladie longue, chaque jour pareille à elle-même, plonge parfois dans l'ennui.

AVANTAGES ET RÉSULTATS

De la cure marine

Telle est la technique de la cure marine intégrale, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui avec plus ou moins de modifications apportées, soit par la différence des climats, soit par la plus ou moins grande accoutumance des malades. Mais ce n'est que peu à peu que nous sommes arrivés à ce résultat. Quelques médecins frappés de voir la tuberculose guérir ou tout au moins s'améliorer au bord de la mer se sont demandés aussi si la péritonite tuberculeuse, qui n'est qu'une localisation de la tuberculose au péritoine, n'aurait pas de chance de guérir là où les autres tuberculoses s'amendaient.

Les premières observations de guérison spontanée se rapportent à des enfants qui, après la disparition de l'ascite et l'amélioration des principaux symptômes, furent envoyés à la campagne, puis au bord de la mer pour activer et assurer leur guérison définitive.

En 1899, les deux cas rapportés par M. Thomas nous montrent que l'état général ayant été relevé par les lavements créosotés, les enfants ont bénéficié du séjour

à la campagne, puis à la mer. La même année, le Dr Comby rapporte l'observation d'une fille de onze ans, guérie à Berck et au sujet de laquelle un chirurgien consulté avait opiné pour la laparotomie. Jusqu'ici on n'avait encore envoyé au bord de la mer que des enfants, étant déjà en voie de guérison, et on ne les faisait profiter de la cure marine que pendant la convalescence, on pensa alors à instituer celle-ci comme moyen curateur, et l'observation de M. Leroux nous est une preuve de l'influence de l'air marin sur la marche de la péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION I (Résumée)

(Dr Leroux.)

Enfant, onze ans ; pas d'antécédents héréditaires ni personnels ; début de la maladie brusque (vomissements, fièvre avec oscillation) ; cela se passe en janvier ; aggravation en mars, amaigrissement considérable ; la fièvre est constante ; le ventre est volumineux, ballonné, sans ascite ; on constate de nombreux ganglions et on fait le diagnostic de péritonite fibro-caséeuse. On institue le traitement médical : huile gaïacolée en injections ; viande crue, œufs ; aération continue. En juin, la fièvre cesse et on l'envoie au bord de la mer. Il y séjourne quatre mois, et, à ce moment, on constate une augmentation de 4 kilos. Le traitement marin consistait en lotions d'eau de mer chaude, puis en bains de mer.

Bien que l'enfant ait été traité par l'huile gaïacolée qui a

une action incontestée sur le processus tuberculeux, la cure marine a eu une efficacité indubitable.

Le Dr Leroux admet deux conditions pour la guérison :

1° Que le traitement soit appliqué le plus tôt possible, dès le début de l'affection ;

2° Qu'il soit prolongé sans interruption jusqu'à guérison complète. A ce prix on aura des guérisons durables, et il conclut qu'il faut envoyer à la mer toutes les formes de tuberculose nettement localisées à l'abdomen sans généralisation, et les envoyer aussitôt que les accidents aigus présentent une période de calme. Sous l'influence du traitement marin joint à la cure d'air, de repos et à la suralimentation, on obtiendra des résultats excellents.

M. Comby cite en 1902 trois observations d'enfants envoyés l'un à Berck pour une tuberculose péritonéale et revenu guéri ; le deuxième à Hendaye pour une forme fibro caséeuse et guéri au retour ; le troisième à la Roche Guyon pour la même forme et guéri de même.

OBSERVATION II (Dr Comby)

Fillette de huit ans et demi. — Tuberculose péritonéale à forme ascitique. — Ostéite tuberculeuse. — Guérison sans opération.

G... Angèle, âgée de huit ans et demi, entre à l'hôpital des

Enfants-Malades le 14 mars 1900 avec un état général assez mauvais.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de trente-sept ans ayant eu une fièvre typhoïde, une pleurésie et une bronchite suspecte. Mère bien portante, a eu trois enfants, deux morts : un à six semaines et l'autre à deux mois et demi d'entérite ; la troisième est notre malade.

Antécédents personnels. — Née à terme ; nourrie au biberon chez sa mère ; a marché vers onze mois. Pendant sa première enfance, elle a souffert de troubles digestifs graves.

Début il y trois semaines ; les parents ont remarqué que le ventre devenait gros. Constipation opiniâtre.

7 mars. — Vomissements dans la nuit ; puis, plus de vomissements. Un peu d'amaigrissement. Une légère toux le matin au réveil.

Examen. — Pâleur. Facies bistré. Embonpoint médiocre. Le ventre est globuleux et tendu. On a la sensation du bruit de flot, et il y a une circulation collatérale très développée. A l'examen du poumon on constate un peu de submatité en avant et à gauche sous la clavicule, avec une inspiration un peu rude. On constate quelques petits ganglions cervicaux et un ganglion assez gros sus-claviculaire gauche. La rate est très grosse.

La fièvre s'allume dès les premiers jours de l'entrée à l'hôpital. On constate le soir 38°5 et le matin 37°2. Plus tard les oscillations sont plus étendues et le thermomètre atteint le soir 39, 39°5 et même 40 degrés.

17 mars. — La circonférence de l'abdomen est 73 centimètres.

23 mars. — On constate à la partie inférieure du cubitus

gauche un gonflement notable près du cartilage de conjugaison.

26 mars. — La mensuration de l'abdomen accuse 3 centimètres d'augmentation, 76 au lieu de 73.

18 avril. — Fièvre plus forte sans que le foyer d'ostéite du cubitus se soit modifié.

19 avril. — On constate des signes d'induration au sommet du poumon gauche. Submatité sous la clavicule. Augmentation des vibrations.

26 avril. — On constate que la tuméfaction cubitale a augmenté et présente de la fluctuation (abcès froid).

2 mai. — On entend à la pointe du cœur un souffle présystolique sans frémissement cataire ni dédoublement du second bruit.

10 mai. — Le ventre a beaucoup diminué.

16 mai. — Elle part pour Berck-sur-Mer, quoi qu'elle ait de la fièvre et ne soit pas aussi bien que nous l'aurions voulu.

12 juillet. — Sa mère écrit qu'elle est méconnaissable. Elle n'a plus de fièvre. La mine est excellente et elle a grand appétit.

24 janvier 1901. — Elle rentre à Paris transformée. Le ventre est normal. Il n'y a plus de trace de péritonite. L'enfant a engraissé. La mine est superbe et l'ostéite du cubitus a disparu.

Le résultat est d'autant plus remarquable, dit le Dr Comby, que la péritonite n'était pas isolée ; il y avait des signes de tuberculose au sommet du poumon et il existait un foyer de tuberculose osseuse. Enfin, l'enfant avait une fièvre rémittente des plus tenaces et des plus inquiétantes.

L'enfant a guéri par les seuls moyens hygiéniques et médicaux : repos au lit, changement d'air et surtout air de la mer.

OBSERVATION III (Dr Comby)

Fille de dix ans. — Péritonite tuberculeuse à forme fibro-caséeuse. — Guérison par le traitement médical et la cure marine à Hendaye.

D... Rose, âgée de dix ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades le 28 août 1900.

Antécédents héréditaires. — Père mort à vingt-huit ans d'une affection cardiaque. Mère bien portante. Elle a eu trois enfants. Elle a eu une crise d'albuminurie et d'éclampsie dans sa troisième grossesse. Le troisième enfant est mort albuminurique. Le premier enfant est la fillette dont nous parlons.

Antécédents personnels. — Née à terme. Biberon. Marche de bonne heure. Coqueluche à trois ans, assez sévère. Trois mois de quintes. État grave pendant six semaines.

La maladie actuelle a débuté par des douleurs abdominales le mois d'octobre 1899. Il y a donc actuellement plus de dix mois que l'enfant souffre du ventre. De la fin de juin à fin juillet 1900, diarrhée pendant un mois, 5 à 6 selles par jour avec fièvre. Depuis un mois, constipation opiniâtre.

État actuel. — Enfant pâle, amaigrie sans appétit. Rien à l'auscultation du poumon. Le ventre est gros. Ascite modérée (sensation de flot). Le gonflement du ventre aurait été plus notable. Il est aujourd'hui en voie de diminution.

Outre la présence du liquide, on constate l'existence de deux masses irrégulièrement arrondies, dures, douloureuses à la pression qui siègent à peu près symétriquement dans les

deux flancs en gagnant vers l'ombilic. Ces masses, ces gâteaux péritonéaux sont situés derrière la paroi abdominale, au-devant du paquet intestinal. La percussion donne de la submatité à leur niveau : ces masses représentent sans aucun doute des foyers fibro-caséeux de tuberculose péritonéale. L'enfant est condamné au repos absolu : régime lacté, œufs, purées, viande hachée.

Au bout d'un mois, l'amélioration est évidente. L'ascite diminue ainsi que les gâteaux péritonéaux. En octobre, l'ascite a disparu. On sent les gâteaux péritonéaux dans les flancs, mais ils semblent avoir un peu diminué et sont moins douloureux à la pression. Donc, un séjour de deux mois a amené une réelle amélioration.

C'est dans ces conditions que la malade part pour la plage d'Hendaye, le 30 octobre 1900. A ce moment, l'état général est bon. L'enfant n'a pas de fièvre. Son teint est assez coloré et l'appétit est bon. On sent à la palpation du ventre,à droite et à gauche de l'ombilic, les deux masses dures et douloureuses en question.

Après plusieurs mois de séjour à Hendaye où elle a été traitée par des bains de mer chauds, l'enfant est de retour à Paris en avril 1901 ; nous constatons son état florissant de santé. L'examen de la malade par la palpation nous fait constater qu'il n'y a plus trace des tumeurs intestinales qu'elle présentait jadis.

Donc, guérison complète de la péritonite tuberculeuse, d'abord ascitique, puis fibro-caséeuse, constatée avant le départ pour Hendaye.

Ces deux observations différentes nous montrent les merveilleux succès du traitement médical par la cure

marine. Dans le premier cas, nous avions une péritonite tuberculeuse à forme ascitique pure, mais avec d'autres localisations tuberculeuses. Dans le deuxième cas, l'ascite était plus modérée, mais les produits tuberculeux formaient tumeur en deux points du péritoine. Dans ces deux cas, la chirurgie aurait pu intervenir, mais aurait-elle donné un résultat, non pas supérieur, mais au moins égal au résultat obtenu par la simple hygiène thérapeutique ?

C'est vers cette époque que les hôpitaux maritimes importants commencent à recevoir des péritonites tuberculeuses, et les résultats par la cure marine ne se font pas attendre.

Le Dr Martin donne la statistique des péritonites tuberculeuses traitées depuis 1895 à l'Hôpital Maritime de Berck. Sur les 10 cas relevés par lui, 9 ont guéri. Sur ces 9, il y avait 3 cas légers présentant un peu d'ascite et pas de gâteaux péritonéaux sensibles à la palpation ; 1 cas arrivé à Berck en voie de guérison, 1 autre ponctionné avant son départ est sorti guéri huit mois après son arrivée. Enfin, 3 cas plus graves, dont l'un compliqué de tuberculose testiculaire et un autre arrivé avec un état général très mauvais et une ascite considérable qui s'était reproduite après la laparotomie. Le traitement à Berck ne diffère en rien de celui que nous avons exposé. C'est toujours le repos au soleil et à l'air ; l'aération large, constante ; les promenades en voiture ; les bains de mer chauds, etc.

Au Ier Congrès de climatothérapie de Nice en 1904,

le Dr Manquat, dans son rapport sur « l'adaptation en climatothérapie », dit que la péritonite tuberculeuse est justiciable du traitement marin comme la plupart des tuberculoses locales. « J'ai vu guérir à Nice, avec une facilité qui m'a surpris, plusieurs cas de péritonite tuberculeuse ; une entre autres, qui paraissait pourtant des plus graves et qui n'a point laissé de trace appréciable. La guérison se maintient depuis quatre ans, mais chez les sujets âgés le pronostic est beaucoup moins favorable. »

A ce même Congrès de Nice, le Dr Bourcart du sanatorium de Dollfus rapporte la statistique suivante de vingt saisons, de 1882-1883 à 1902-1903 inclusivement :

	Total	Guéris	Améliorés	Stationnaires	Morts
Tuberculose viscérale (adénopathie bronchique, péritonite tuberculeuse).....	113	55	47	9	4

Ils ont pratiqué seulement l'aérothérapie, la balnéothérapie.

A ce congrès, le Dr Vidal d'Hyères présente la statistique de l'hôpital René Sabrans à Hyères (Giens), pendant une période de douze ans (1891-1903).

		Améliorés	Guéris	Stationnaires	Décès
Péritonites tuberculeuses	46	21	5	15	5

Au Congrès international de tuberculose (Paris, 1905), le Dr d'Espine parle des 9 cas de péritonite tubercu-

culeuse envoyés par lui à l'asile Dollfus à Cannes, dont 2 après laparotomie ; 5 ont guéri, 2 ont été très améliorés, 2 sont morts ; l'un est mort à l'asile de perforation intestinale, l'autre atteint de symphyse cardio-tuberculeuse avait été amélioré pendant les neuf premiers mois qu'il a passés à l'asile, mais il a fini par succomber.

Le Dr Lalesque a publié au Congrès de physiothérapie de 1910 (Paris) un nouveau cas « de tuberculose ganglionnaire médiastinique et péritonéale fébrile » guéri en cure marine.

OBSERVATION IV (Résumée)

L'enfant dont il est question, atteinte d'adénopathie médiastinique très nette avec condensation de tout le lobe supérieur droit avec infiltration péritonéale ascitique, fièvre, amaigrissement, fut guérie après huit mois de cure marine intensive. De janvier à fin septembre 1909, presque tous les jours, la petite malade fit plusieurs heures de cure en barque. L'appétit, le sommeil n'étaient jamais meilleurs que les jours de cure marine. Extraordinairement nerveuse, exaltée, très insomnieuse avant le début de la cure, l'enfant retrouva le calme et le sommeil dès ses premières sorties en mer et s'endormait régulièrement pendant la durée des promenades nautiques. Dès la fin du mois de juin, la fièvre, la toux, l'ascite avaient disparu, l'augmentation de poids était de 6 kilos. Depuis la guérison ne s'est jamais démentie.

Cela vient à l'appui de l'opinion que le Dr Lalesque

soutient depuis longtemps : à savoir que les formes fébriles de tuberculose pulmonaire et péritonéale ne ne sont pas une contre-indication de la cure marine.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte de publier un résumé d'un important travail fait au sanatorium d'Hendaye par notre ancien maître le Dr Camino et son interne Dujarric de la Rivière. Ce travail très documenté, qui comprend une statistique de onze ans portant sur 79 cas de péritonite tuberculeuse traités la plupart par la cure marine,a été l'objet d'une communication très détaillée au Congrès de physiothérapie de Paris en 1910.

Sur les 79 cas traités au sanatorium d'Hendaye, 51 malades, soit les deux tiers, doivent être compris sous la rubrique ganglio-péritonite et péritonite fibroplastique légère. L'autre tiers était composé de 8 cas à forme ascitique, 3 convalescents de laparotomie, 12 cas de forme fibro-caséeuse, 3 formes ulcéro-caséeuse, en tout 28 malades.

A. — *Formes fibro-plastiques légères* (51 malades).

Tous les cas ont évolué silencieusement vers la guérison ou vers une amélioration définitive. Tous ont supporté parfaitement le séjour à la mer et le traitement marin intégral avec balnéation froide. Dans la majorité des cas, le ventre était au départ souple, indolore, sans induration appréciable, mais avec un certain empâtement de la paroi abdominale.

B. — *Forme ascitique, forme fibro-caséeuse forme caséo-ulcéreuse*

Les 28 malades qui formaient ce groupe ont eu des lésions anatomiques plus marquées et leur histoire clinique a été plus sévère.

a) *Huit cas à forme ascitique.* — Sur ces 8 malades, 6 ont vu leur ascite disparaître complètement et ont pu suivre le traitement balnéaire complet. Une autre est encore en traitement au sanatorium et paraissait en très bonne voie d'amélioration ; une autre arrivée avec une ascite énorme et un état presque cachectique est partie au bout de huit mois en bonne apparence de santé. Elle a écrit depuis son départ et travaille régulièrement dans un atelier.

b) *Trois convalescents de laparotomie.* — Ces malades furent envoyés à Hendaye aussitôt après leur opération. Ils ont fait tous trois un séjour très profitable, l'un a guéri d'une plaie fistuleuse peu profonde, tous ont donné l'impression d'une amélioration définitive.

3° *Forme fibro-cacéeuse, 12 cas.* — Ces malades qui présentaient un ventre tendu, douloureux avec des masses fibreuses plus considérables, de grands accès de fièvre vespérale, des troubles digestifs graves, en particulier des crises de coliques fréquentes et très pénibles ont été, pendant la première partie de leur séjour au

sanatorium, soumis à un repos prolongé à l'air libre, à une contention abdominale, à une alimentation spéciale très sévèrement surveillée. Au bout de trois ou quatre mois en moyenne ils ont été tellement améliorés que presque tous ont pu suivre le régime ordinaire de l'établissement.

4° *Forme ulcéro-cacéeuse. 3 cas.* — Un avait une fistule ombilicale à caractère stercoral renvoyé à Paris ainsi que les deux autres trop cachectiques.

Comme traitement médicamenteux, ces auteurs ont donné tour à tour : l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, le cacodylate de soude ; mais c'est le traitement hygiénique qui a été le traitement médical par l'aération continue, le repos prolongé, les bains de mer chaud et froid, et l'héliothérapie abdominale.

Voici les conclusions que leur a imposé cet important travail.

1° Tous les cas dont l'élément anatomique était restreint ont évolué avec une bénignité telle qu'il semble y avoir un intérêt de premier ordre à dépister la péritonite tuberculeuse à ses débuts et à l'envoyer au bord de la mer, ce traitement ayant les plus grandes chances d'enrayer un mal redoutable et par son évolution et par son retentissement sur l'organisme tout entier ;

2° Les formes ascitiques ont une marche naturelle vers la guérison ; mais il nous paraît incontestable que le traitement marin a singulièrement facilité et hâté cette solution dans les cas que nous avons observés ;

3° Les formes fibro-caséeuses ont peut-être plus largement encore bénéficié de la cure marine. Mais les malades de cette catégorie ont des lésions longues à revenir à une intégrité parfaite, et il y aurait intérêt à les laisser plus longtemps au sanatorium, sinon, ils sont peu robustes et sont exposés à des rechutes ;

4° Les formes observées ont été souvent très fébriles, une élévation modérée de la température n'est pas une contre-indication au traitement marin.

En résumé, voici la moyenne pour les 79 cas des péritonites tuberculeuses traitées à Hendaye (Statistique de onze ans)

Un pour cent a quitté le sanatorium dans un fâcheux état.

Vingt pour cent ont succombé depuis à des manifestations tuberculeuses quelconques, dont 10 0/0 à des récidives de péritonite tuberculeuse.

L'amélioration pour tous les autres qui a été incontestable a de grandes chances d'être définitive, ce qui donne 79 0/0 de guérisons au moins apparentes.

Nous venons de voir dans ce qui précède, en quoi consistait la cure marine intégrale, et comment on l'appliquait dans les différents hospices marins. Nous avons apporté des résultats, des statistiques importantes avec des observations à l'appui, qui nous permettent d'affirmer une efficacité indubitable de la cure marine dans le traitement de la péritonite tuberculeuse. Quelles sont les indications et les contre-indications du traitement marin?

Toutes les formes de la péritonite chronique trouvent leurs indications dans le traitement ; nous avons publié des observations relatives aux diverses formes; les formes ascitiques et surtout fibro-caséeuses ont bénéficié largement de la cure marine ; mais celle-ci doit être appliquée dès le début qu'il s'agisse de formes graves ou non. La fièvre persistante et les troubles digestifs même sévères ne s'opposent pas au traitement marin. Enfin, les complications pulmonaires, les grosses adénopathies, loin d'être une contre-indication, sont tout à fait justiciables de la même cure, et nous en avons cité des observations.

La cure marine n'a pas été la seule préconisée, on a pensé aussi à profiter des bons effets de la cure d'altitude. La cure d'altitude, tout comme la cure marine, consiste en une cure d'air au repos. Là, le tuberculeux pourra profiter d'un climat sain, caractérisé par le beau temps, le calme de l'atmosphère, l'absence de brouillards, la pureté et la sécheresse de l'air, c'est par suite un climat à action tonique et excitante générale et locale. Cette action tonique est tout aussi heureuse au point de vue des phénomènes digestifs ; l'appétit est meilleur et la digestion s'accélère.

Mais la cure d'altitude a surtout été mise en valeur dans le traitement de la péritonite tuberculeuse à la suite d'une communication faite à la tribune de l'Académie de Médecine en 1908 par le Dr Hallopeau au nom du Dr Rollier de Leysin. Ces auteurs sont venus apporter des faits observés des statistiques importantes, consta-

tant l'heureux effet de l'héliothérapie en montagne et de nombreuses guérisons obtenues dans toutes les formes de la tuberculose.

Enfin, le professeur Poncet, de Lyon, dans une récente communication à l'Académie de Médecine (15 octobre 1912) a apporté, à l'appui d'excellentes statistiques, les grands principes, les indications et les contre-indications de cette méthode toute nouvelle en matière de tuberculose, l'héliothérapie, et c'est l'étude de cette méthode que nous aurons en vue dans le chapitre suivant.

HÉLIOTHÉRAPIE

On désigne sous le nom d'héliothérapie, le traitement des maladies par le soleil ; c'est-à-dire les bains de soleil locaux ou généraux appliqués à certains malades. C'est une notion aussi vieille que le monde que celle de l'action bienfaisante du soleil et de son application au traitement des diverses maladies. Mais des recherches scientifiques récentes ont mis en relief l'importance biologique de la lumière solaire en même temps que son action hygiénique. La lumière solaire joue un grand rôle, en augmentant l'excitabilité nerveuse, en activant l'oxydation du carbone, en favorisant la nutrition en général ; mais à côté de ce rôle biologique on peut affirmer que la lumière exerce aussi son action sur les centres nerveux, et le professeur Bouchard dans son *Traité des maladies sur le ralentissement de la nutrition*, place la radiation solaire « au rang d'une des principales forces extérieures ayant son action sur la nutrition et la vie de la cellule ».

Il est d'observation journalière que l'organisme de l'enfant se ressent au plus haut point de l'influence de la lumière. Qui ne connaît cet aspect pâle et maladif

des enfants qui vivent dans les habitations obscures, sans jamais voir le moindre rayon de soleil ?

La lumière solaire, en outre de son action biologique, a une action hygiénique incomparable par le fait qu'elle est bactéricide ; la lumière a une action retardante sur les microbes, action qui finit par devenir mortelle, et cette action est d'autant plus intense et plus rapide, que la température est plus élevée. En ce qui nous concerne, c'est-à-dire pour la tuberculose, Koch a constaté par de nombreuses expériences que le bacille pouvait être tué par une exposition aux rayons solaires directs ; le temps nécessaire varie de quelques minutes à quelques heures, suivant l'épaisseur de la couche exposée.

Il n'est pas étonnant qu'en présence de telles données expérimentales, prouvant nettement l'action favorable de la lumière solaire au point de vue de la destruction des microbes, on ne soit venu à faire une application raisonnée de la lumière solaire au traitement de la tuberculose.

C'est Rikli qui, le premier, a fait entrer les bains de soleil dans le domaine thérapeutique. Il a fondé à Veldes, un Institut en vue de la cure athmosphérique en général. Voici comment il a procédé pour les bains de soleil ; il en distinguait deux sortes . le bain de soleil naturel, dans lequel le malade se tient droit et tout nu au soleil, et le bain de soleil thérapeutique que l'on prend soit en faisant converger les rayons de soleil vers un point donné par des moyens spéciaux, soit en s'exposant tout nu, dans la position couchée, aux rayons solaires. Au

cours de l'été, les bains de soleil sont pris entre dix heures du matin et trois heures du soir. Pour le choix de l'heure et de la durée du bain, il est tenu compte de la réceptivité du malade.

On garantit le sujet contre le vent, on lui protège la tête contre les rayons du soleil.

Le Dr Malgat, à Nice, a utilisé la cure solaire dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, mais c'est l'école lyonnaise avec le professeur Poncet, et l'école suisse avec les Dr Rollier, Exchaquet et Hauzler qui ont traité par l'héliothérapie la péritonite tuberculeuse chronique de l'enfance.

Mode d'action des bains de soleil

L'action thérapeutique produite par des bains de lumière solaire peut être considérée comme la résultante des divers facteurs entrant dans la composition de la chaleur radiante lumineuse émanant du soleil.

Rollier dit que « la lumière solaire, exerce une action profonde sur la nutrition, elle est microbicide, oxydante, réductrice, analgésiante, sclérogène et modificatrice du milieu ». Au début, elle provoque une dermatite bulleuse qui fait place à une pigmentation noirâtre, mais l'action solaire s'exerce aussi profondément. La transpiration cutanée, provoquée surtout par la radiation lumineuse, constitue encore un des heureux effets du bain de soleil par son action dépurative et éliminatrice des produits toxiques de l'organisme.

La lumière produit aussi une élévation de la quantité des matériaux solides éliminés par l'urine, et cette augmentation porte principalement sur l'urée et l'acide urique : cette action semble résulter principalement de l'élévation de la température du corps et de la rapidité plus grande de la circulation sanguine.

Enfin, d'après Roux, la prolifération microbienne serait enrayée par les modifications du milieu plutôt que par une action destructive directe sur les micro-organismes ; l'oxygène étant consommé en totalité par les oxydations et les réductions, les microbes ne peuvent en recevoir la quantité nécessaire à leur formation.

Technique de l'héliothérapie pour le traitement des péritonites tuberculeuses

Voici comment les séances d'héliothérapie ont été pratiquées à l'hôpital de la Charité à Lyon par les Dr Chatin et Gaulier (1910).

1° Les malades ont été exposés tous les jours ensoleillés dès que la température au soleil atteignai-30 degrés. La température optima paraît être 40 degrés, cependant, disent-il, nous avons donné sans inconvénients des bains de 55 degrés pendant quatre heures consécutives. Au début, chaque jour les malades avaient deux bains du deux heures chacun, un le matin, un le soir. Le bain du soir était moins bien supporté ; à cause de la chaleur extrêmement élevée, il a dû être supprimé

et on a donné à celui du matin une durée de trois à quatre heures ;

2° Ces auteurs disent qu'il n'y a pas de règles absolues pour la durée des premières séances, il faut avant tout surveiller les enfants. Chez les uns, on peut faire d'emblée des séances d'une heure, chez d'autres, il faut quinze jours et même plus pour arriver à cette durée. D'une façon générale on peut commencer par un quart d'heure et augmenter de cinq minutes chaque jour la durée du bain.

Quand la peau est bien pigmentée, on augmente plus facilement la durée des séances, de façon à atteindre trois à quatre heures.

3° Les malades sont assis sur des fauteuils, la tête plongée contre les rayons lumineux ; les Dr Chatin et Gaulier ont adapté au dossier des fauteuils des cerceaux recouverts de papier noir, puis extérieurement d'une serviette blanche.

Pendant les quinze premiers jours, le ventre seul est exposé ensuite, tout le tronc ;

4° On peut faire boire plusieurs fois les malades, on peut faire prendre quelques œufs ;

3° Après le bain, les enfants ne sont pas fatigués, il faut les essuyer, car la peau présente de la moiteur, et il est bon de les faire reposer pendant une demi-heure ;

6° Les doses de soleil employées par eux ont été assez considérables et ils n'ont observé aucun accident.

Nous reproduisons *in extenso* deux observations très intéressantes à ce sujet du Dr Châtin et Gaulier, qui ont

été les premiers à préconiser l'héliothérapie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse à forme chronique.

OBSERVATION V (Résumée)

Péritonite tuberculeuse. — Pleurésie de la base droite
Cent cinq séances d'héliothérapie. — Guérison

Le malade C. J..., douze ans et demi, entre à l'hôpital de la Charité le 5 mars 1911, pour une péritonite tuberculeuse à forme ascitique ; les procédés habituels sont employés : collodionage de la paroi abdominale, cacodylate de soude, mais le malade continue à aller mal.

4 juin. — Veille des premières séances d'héliothérapie, l'état est le suivant : mauvais état général, amaigrissement considérable, pâleur, température dépassant 39 degrés le soir. Épanchement à la base droite assez important. Sérodiagnostic tuberculeux, négatif.

Poids 35 kilos (amaigrissement de 8 kgr. depuis l'entrée).

Les bains de soleil ont commencé le 5 juin, la diarrhée est arrêtée presque subitement, puisque le lendemain de la première séance on a déjà une selle normale. La température diminue dès le sixième jour ; pendant les mois de juin et juillet, elle oscille entre 37 degrés le matin, 38 degrés le soir ; quelquefois 39 degrés, à partir du mois d'août, elle devient tout à fait normale.

2 septembre. — Poids 45 kilos. L'ascite a considérablement diminué, de même l'épanchement pleural.

30 octobre. — L'enfant pèse 52 kilos. La pleurésie a

presque complètement disparu. L'abdomen est souple et il ne persiste plus qu'un peu de douleur à la pression dans le flanc gauche.

1er décembre. — Tout a disparu, on a fait 105 séances d'héliothérapie et l'enfant reste bien guéri.

OBSERVATION VI

Péritonite tuberculeuse. — Ascite considérable
Quatre-vingt séances d'héliothérapie. — Guérison

Enfant, neuf ans, entre à l'hôpital le 15 décembre 1910. Le début remonte à un mois par des douleurs abdominales et de l'augmentation du ventre.

A l'entrée, ascite considérable avec hernie ombilicale.

Tour de l'abdomen au niveau de l'ombilic 69 centimètres. Mauvais état général. Pas de diarrhée. Plusieurs médications sont employées successivement :

Cacodylate, sérum de Marmoreck, collodionage.

L'ascite diminue : 65 centimètres au lieu de 69, mais l'état général est mauvais. Diarrhée 4 à 5 selles par jour. Température 38°5 et même 39 degrés.

Les bains de soleil sont commencés le 7 juin.

Tous les symptômes s'amendent rapidement et la diarrhée en premier lieu. La température, pendant les huit premiers jours, s'élève à 40 degrés, puis commence à baisser au bout de 59 séances, elle ne dépasse plus 38 degrés actuellement. Au mois d'août 1911 elle est normale, l'enfant a engraissé de 4 kilos. Le 22 août, l'enfant part pour Giens où il continue la cure solaire.

D'après ces observations nous sommes en présence de 2 cas de péritonite tuberculeuse guéris par le soleil. On pourrait naturellement objecter que la tuberculose du péritoine, surtout chez l'enfant, guérit spontanément dans les cas favorables par n'importe quel traitement médical ; il est même permis de voir fréquemment guérir des petits malades, très gravement atteints, sans héliothérapie. Mais cependant dans ces deux observations, on assiste à une véritable résurrection dès qu'on expose les malades au soleil ; tous les traitements variés ont été impuissants et l'affection allait en s'aggravant. « Après quelques bains de lumière, les troubles digestifs disparaissent, les fonctions se relèvent et rien n'arrête la marche vers la guérison. Il est impossible de ne pas être frappé de ce résultat et de croire à une simple coïncidence. »

Dans la thèse de Millioz (Lyon, 1911), sur l'héliothérapie dans les tuberculoses chirurgicales nous avons lu le cas très curieux d'un jeune tuberculeux dont l'état a été transformé par les bains de soleil. Il était atteint d'une péritonite tuberculeuse avec ostéite costale. Suivant les conseils que lui avaient donné M. Poncet, ce jeune homme passait la plus grande partie de sa journée à la campagne, le ventre et la poitrine exposés au soleil. Le résultat fut tellement remarquable que le médecin de son pays, le Dr X..., écrivit à M. Poncet pour lui annoncer « non pas une amélioration momentanée, mais une guérison qu'il considérait comme tout à fait inespérée. »

Voici une autre observation du Dr Martin, présentée à la Société médicale de Genève le 29 novembre 1906 et dont on peut lire l'analyse dans *les Archives de Médecine des enfants* (1910).

OBSERVATION VII

Fille de huit ans, faible de constitution, son ventre a commencé à grossir il y a deux ans. Elle ressent quelques douleurs.

28 février 1906. — Vomissements, constipation, douleurs vives. Épanchement péritonéal qui augmente au point de provoquer l'œdème des jambes, la cyanose, des crises d'étouffement. Fièvre de temps à autre. Le 10 avril on retire par la ponction abdominale 9 litres de liquide louche. Le 16 mai, on en retire 3 à 4 litres.

C'est alors qu'on commence l'héliothérapie en exposant le ventre au soleil dix, quinze, vingt, trente minutes. Pigmentation rapide de l'abdomen. Le liquide a diminué de quantité et il est bientôt remplacé par des plaques, des gâteaux, qu'on sent à la palpation.

État général meilleur, pas de fièvre.

A la fin de l'été, l'enfant pouvait être considéré comme guérie.

En présence de ces faits observés et sans affirmer l'efficacité de l'héliothérapie, dans tous les cas de péritonite tuberculeuse, on peut dire que la cure solaire a une action résolutive des plus nettes. Les auteurs que

nous avons cités ont conclu que partout où il y a du soleil et où la température atteint ou dépasse 30 degrés, on peut faire utilement de l'héliothérapie.

En prenant quelques précautions, cette méthode ne présente pas d'inconvénients et l'amélioration, rapidement obtenue, engage le malade et le médecin à continuer la cure solaire jusqu'à guérison.

Au mois de décembre 1911, les Drs Weil et Gardères présentent à la Société médicale des hôpitaux de Lyon deux cas de péritonite tuberculeuse traités avec succès par l'héliothérapie. Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant présentant une ascite volumineuse, et ce qui fait l'intérêt de leur observation, c'est que cette ascite s'est reproduite toujours après les deux ponctions qu'on avait pratiquées et qu'elle n'avait aucune tendance à se résorber, quel que soit le traitement médical institué. Or, cette ascite résista à 74 séances d'application d'air chaud à 100 degrés pendant deux heures par jour et céda enfin à l'insolation directe, mais seulement après un certain nombre de séances.

Dans le second cas, le malade présentait une tuberculose mésentérique et une péritonite limitée avec diarrhée, avec incontinence et coliques fréquentes, en outre, une tuberculose pleurale et de nombreux ganglions dans le médiastin et la région cervicale. Il fut remarquable de voir avec quelle rapidité a agi l'héliothérapie. En 16 séances, les indurations perçues auparavant dans l'abdomen avaient complètement disparu, de même que l'incontinence fécale qui durait

depuis plusieurs mois. Les coliques ont cédé plus rapidement encore et la diarrhée a disparu au bout de 18 séances.

Ces observations sont tout à fait instructives ; elles nous montrent que l'héliothérapie agit beaucoup plus rapidement sur des lésions inflammatoires à évolution aiguë (2e cas) que sur des lésions torpides à évolution lente, comme dans la forme ascitique pure (1er cas). Il existe un contraste frappant entre la disparition rapide des gâteaux péritonéaux, des coliques, des diarrhées en 18 séances et la persistance de l'ascite après 60 séances. Signalons cette particularité intéressante, c'est que l'héliothérapie semble agir sur les lésions ulcéreuses de l'intestin comme le prouvent les modifications rapides des coliques et de la diarrhée.

Photothérapie

Au Congrès de Physiothérapie de 1910 (Paris), le Dr Mirmont de Laroquette a exposé les effets du surchauffage lumineux de l'abdomen dans le traitement des péritonites tuberculeuses. Il a montré l'action directe-excito-motrice que produisirent les radiations pénétrantes de chaleur lumineuse sur la séreuse péritonéale et les tuniques de l'intestin.

Sur les 7 cas présentés par lui, le surchauffage lumineux de l'abdomen par les lampes à incandescence a eu des résultats remarquables. Nous allons citer une de ses observations les plus typiques.

OBSERVATION VIII

F..., vingt-deux ans, chasseur à pied. Entre à l'hôpital militaire de Nancy le 10 mai 1909 pour péritonite tuberculeuse bien caractérisée. L'affection date de trois mois. On note une plaie fistuleuse de même nature au genou gauche État très grave. Malade très affaibli, ventre très gros Ascite très abondante. Urines rares de 300 à 500 grammes par jour. Épanchement pleural à la base droite.

Examen du larynx. — Espace interaryténoïdien rouge, ulcération de la corde vocale gauche. Température entre 38 et 40. Pouls à 100. L'état général est si mauvais qu'une intervention paraît impossible à tenter et l'on décide de recourir au surchauffage lumineux ; le radiateur photo-thermique est appliqué en séances d'un quart heure d abord, puis d'une demi-heure, enfin d'une heure. Après chaque séance on constate une rougeur intense de la paroi et une abondante sudation. Trente heures après la première application se produisit une véritable débâcle urinaire qui se continue les jours suivants. On fit deux séries de radiations thermo-lumineuses vingt séances du 24 mai au 10 juin, et trente-cinq séances du 18 juillet au 21 août. Le malade sortit guéri. Cas particulièrement défavorable, puisqu'il s'agissait d'une tuberculose péritonéale, pleurale et laryngée.

Le bénéfice de l'irradiation a donc été manifeste. L'auteur ne lui attribue pas une action bactéricide directe, ni une action élective dans la profondeur des tissus ; mais, selon lui, il ne paraît pas douteux que l'éli-

mination urinaire, dans le cas que nous avons cité, ait été le résultat de l'hyperhémie très énergique provoquée par les radiations, hyperhémie qui a favorisé l'élimination rapide des toxines et une phagocytose plus intense des germes nocifs.

Héliothérapie a l'altitude

En 1908, dans leurs rapports à l'Académie de médecine, MM. Hallopeau et Rollier, s'appuyant sur des faits observés au sanatorium de Leysin (Suisse), affirmèrent que la cure solaire en matière de tuberculose devait être faite dans les stations élevées. D'où un nouveau mode de traitement de la péritonite tuberculeuse : l'héliothérapie à l'altitude.

Selon ces auteurs, les rayons lumineux agissent avec plus d'intensité que dans la plaine et influencent plus puissamment les organismes. Il est démontré que la plupart des qualités des rayons solaires sont dues aux variations chimiques de l'extrémité violette du spectre ; par conséquent, la valeur de la radiation chimique est en raison directe de la transparence, de la sécheresse de l'air, et en raison inverse de l'épaisseur et de la densité qu'absorbent dans de notables proportions les rayons ultra-violets. Le Dr Rollier a pratiqué la cure solaire pendant l'été et l'hiver, et il publie dans son rapport à l'Académie 16 cas de péritonite tuberculeuse chronique traités au sanatorium de Leysin. Sur les 16 malades, 13 ont guéri dans quelques mois.

Les Drs Exchaquet, Meyer, Henzeler ont également obtenu des résultats favorables dans les sanatoria de Leysin. Le Dr Exchaquet a vu guérir en deux ou trois mois des caries osseuses et les adénopathies cervicales suppurées et, selon lui, les péritonites tuberculeuses paraissent spécialement bien influencées.

M. Henzeler, au sanatorium des Anglais, a également vu survenir la guérison par la cure solaire dans 4 cas de péritonite tuberculeuse, au bout d'un laps de temps qui a varié de quelques semaines à quatre mois.

Le Dr Armand cite, dans sa thèse (Lyon, 1911), le cas d'un tuberculeux avec ascite, épanchement pleural, et dans un état d'amaigrissement considérable guéri complètement par l'héliothérapie à l'altitude (1.300 mètres) en cinq mois.

Enfin, le D Hallopeau conclut dans son rapport à l'Académie : « Les résultats de la cure solaire à Leysin sont surtout frappants dans les localisations osseuses et articulaires situées superficiellement ; ils sont également des plus remarquables dans la péritonite chronique, qui guérit presque constamment sous l'influence de cette médication ; la seule condition essentielle est que cette cure soit prolongée, et on assiste parfois à de véritables résurrections. »

Nous pensons avoir suffisamment démontré que le traitement médical de la péritonite tuberculeuse par la cure à l'air et au repos, par la cure marine et la cure solaire doit s'imposer dans tous les cas ; nos statistiques et nos résultats sont assez probants pour affirmer la

guérison définitive, ou tout au moins l'amélioration notable de cette affection ; c'est une chose possible à l'heure actuelle : nous pouvons nous attaquer avec succès à cette forme de tuberculose.

Cependant, il nous faut rechercher la valeur réelle des traitements qu'on nous oppose ; nous n'en voyons que deux : 1° la méthode des ponctions suivies d'injections modificatrices ; 2° la laparotomie.

Nous éliminerons tout de suite le procédé des injections modificatrices : c'est un procédé aveugle et infidèle et non sans danger, et qui ne peut s'appliquer qu'à la forme ascitique libre.

Nous restons en présence du traitement chirurgical ; le premier traitement de la péritonite tuberculeuse qui a donné des résultats éclatants et d'autant plus frappants que jusqu'alors cette maladie se terminait invariablement par la mort ; aussi ses défenseurs furent nombreux.

Rappelons que les chirurgiens traitaient la péritonite tuberculeuse comme une tuberculose locale qu'ils opéraient dès le début de la maladie. Certains déclaraient que l'immense majorité des cas ne pouvait guérir sans opération. Les statistiques publiées semblaient leur donner raison, mais, trop souvent, ils confondaient la guérison opératoire avec la guérison définitive ; aussi lorsqu'ils s'avisèrent de revoir les malades, ils s'aperçurent que les résultats n'étaient pas si brillants qu'ils avaient cru.

C'est pourquoi, lorsqu'on eut observé de nombreux cas de guérison spontanée obtenue sans intervention, un

courant contraire se forma, et autant les uns avaient été ardents à déclarer le traitement médical inutile, autant les autres s'acharnèrent à refuser toute valeur au traitement chirurgical.

A côté de ces opinions diamétralement opposées, il y avait place pour une troisième qui, probablement, était plus près de la vérité et qui admettait que la chirurgie peut donner des résultats à peu près équivalents dans la forme ascitique par exemple, que le traitement médical, équivalents mais non pas supérieurs.

Plus tard, les partisans de la laparotomie admirent que le traitement hygiénique devait tenir une grande place après l'opération ; ils opéraient d'abord, il est vrai, agissant comme dans une tuberculose locale ouverte, mais ils cherchaient à relever l'état général en les envoyant à la mer ou à la campagne.

Leurs plus beaux succès furent obtenus dans les péritonites à forme ascitique ; or, ces formes guérissent par la simple hygiène thérapeutique ; c'est ce qui fit dire à Marfan que c'était une « ascite bénigne curable de la seconde enfance ». Et pourquoi s'exposer au danger d'une intervention toujours plus ou moins grave ?

En 1894, le professeur Marfan déclare « que l'intervention chirurgicale systématique dès le début doit être absolument rejetée ». Il admet la laparotomie dans les cas d'occlusion intestinale ou de péritonite localisée avec collection enkystée, et il ajoute en propres termes : « L'intervention chirurgicale peut donner des résultats dans les formes ascitiques et les formes localisées ; ce

sont les plus beaux succès du chirurgien, en particulier lorsqu'il s'agit d'enfants ; je pourrai répondre que cela ne m'étonne pas, et ajouter que cette forme guérit souvent sans laparotomie, de même que la pleurésie tuberculeuse guérit souvent sans thoracentèse. »

La forme granulique péritonéale a une évolution tellement rapide, qu'elle échappe à toute tentative de traitement médical ou chirurgical. On peut en excepter toutefois la forme appendiculaire qui a donné des désastres au chirurgien, et qui a pu être heureusement influencée par le traitement médical (opium, glace, etc.).

La forme pleuro-péritonéale subaiguë doit être traitée médicalement d'abord, puis par la cure marine et la cure de repos.

La forme ascitique a fourni les plus beaux succès aux chirurgiens. Legueu accuse dans cette forme une statistique de 75 0/0 de guérisons, et Guthrie lui a opposé plus de 85 0/0 de guérisons par le traitement médical (hygiène, repos, suraération, suralimentation). C'est dans cette forme que le traitement hygiénique a une supériorité indéniable ; il n'expose pas, comme la laparotomie, à une récidive de l'épanchement ; de plus il met de suite le malade en contact avec les agents physiques curateurs auxquels le chirurgien a recours après l'opération. Et puis, une laparotomie est toujours grave en elle-même ; si la distension est trop grande, il n'y a qu'à recourir à la ponction.

Dans la forme fibro-caséeuse Legueu n'accuse plus que 60 0/0 de guérisons ; et il reconnaît lui-même que

l'opération s'y prête moins que dans la forme précédente, et que les fistules stercorales ne sont pas rares. Jalaguier a très nettement déconseillé l'opération dans cette forme.

Et nous sommes maintenant en mesure d'affirmer que les guérisons qui se produisent avec la plus mauvaise des formes, la forme ulcéro-caséeuse, sont redevables au traitement marin.

La forme fibro-adhésive, qui représente le processus de guérison de la péritonite tuberculeuse, doit naturellement être respectée du chirurgien.

Le chirurgien n'interviendra que dans deux cas :

1° Dans le cas d'occlusion intestinale provoquée par une sclérose cicatricielle trop vive, dans la forme fibro-adhésive ;

2° Dans le cas de collection purulente enkystée.

Les brides fibreuses donnant lieu à de l'occlusion intestinale vraie seront combattues par le chirurgien ; mais il est des cas d'occlusion intestinale occasionnée par une paralysie intestinale, dans lequels il faut recourir au traitement médical (lavage de l'estomac, de l'intestin, lavement électrique) avant de faire appel au chirurgien.

A l'heure actuelle nous pouvons dire, sans crainte d'être contredit, que l'intervention chirurgicale ne sera plus désormais dans la péritonite tuberculeuse chronique qu'un traitement d'exception. Bon nombre d'auteurs qui préconisaient systématiquement la laparotomie, la

déconseillent aujourd'hui, et opinent pour le traitement médical par la cure marine et la cure solaire.

Le Dr Pic de Lyon, entre autres, qui réclamait énergiquement l'intervention autrefois, est un des plus zélés partisans de l'héliothérapie et de la photothérapie (1).

« A Berck, écrit le Dr Calot en 1912, où depuis quinze ans nous avons vu 26 péritonites tuberculeuses, tous nos malades ont guéri, sauf un pauvre petit athrepsique, chez lequel il n'y avait rien à tenter. Ils ont guéri par la vie au grand air de la plage, les bains de mer, le repos, l'immobilisation du ventre avec un appareil plâtré. »

Nous faisons remarquer l'importance des faits signalés par Calot, qui, malgré son éducation chirurgicale, nous a montré que le traitement hygiénique et médical avait toutes ses préférences pour combattre la péritonite tuberculeuse.

« A Berck encore, dit le Dr Ménard, nous ne recevons qu'un petit nombre de péritonites tuberculeuses. Ces malades, plutôt médicaux, étant envoyés à la campagne ou dans le Midi. Je n'entreprends, pour ma part, aucun traitement actif, ni laparotomie, ni ponctions avec ou sans injections. Lorsque la péritonite est la manifestation unique, elle me paraît évoluer très heureusement à Berck; j'ai été frappé, un grand nombre de fois, à

---

1. Soc. méd. des hôpitaux de Lyon, décembre 1911.

l'hôpital et en ville, de la rapidité avec laquelle disparaissent l'ascite et les gâteaux solides, sensibles à la main, en même temps que la santé générale s'améliorait ; cela, je le répète sans intervention d'aucune sorte. Les malades sont couchés et promenés sur la plage, en voitures de malades. Ils sont couchés et exposés à l'air marin, à l'hôpital, sur les galeries de cure .»

Tant en France qu'à l'étranger les affirmations de ce genre sont nombreuses, et nous pourrions en citer beaucoup ; mais le cadre d'une thèse est forcément restreint, et nous devons encore préciser certains points.

1° Où faut-il faire de l'héliothérapie ? à la mer ou à la montagne ?

2° Quelle sera la cure idéale pour notre traitement?

L'héliothérapie en montagne est tout à fait à l'ordre du jour, et de récentes communications à l'Académie de médecine sont venues affirmer sa suprématie.

Il va de soi, en effet, que l'idéal pour ce traitement est une atmosphère claire et limpide et que l'intensité des radiations solaires croît avec la pureté de l'air.

Il est rigoureusement prouvé qu'à la montagne la venue des neiges et leur persistance renforcent la puissance actinique de la lumière, ce qui justifie scientifiquement la cure d'altitude en hiver (1).

Mais en réalité, a dit le professeur Poncet il y a quelques jours, « l'héliothérapie peut se faire dans tous

---

1. Communication à l'Académie de Médecine, 15 octobre 1912.

les pays ; les radiations solaires sont partout assez actives pour permettre les cures utiles. Il suffit simplement, en plaine ou dans les villes, de prolonger les séances ; elle peut se faire aussi à la mer et l'héliothérapie marine est indiquée dans les péritonites et a donné de beaux résultats ; alors que les autres formes de tuberculose (pulmonaires par exemple) semblent plus favorablement influencées dans la montagne. Du rapprochement de ces faits, Rénon a pu conclure que le climat marin et le climat d'altitude sont plus particulièrement désignés pour les cures solaires ; mais, dit-il, il semble que la puissance de l'air marin jointe « à l'action du soleil constitue une ressource thérapeu- » tique bien supérieure à celle des altitudes. »

D'autre part, nous touchons à la question de climat qui a été longtemps controversée et qui est loin d'être résolue aujourd'hui. Depuis que Jaccoud eut révélé les résultats thérapeutiques de la cure de montagne dans la tuberculose, la cure d'altitude fut seule admise, et la cure marine systématiquement interdite ; mais actuellement nous savons que le tuberculeux s'améliore et guérit aussi bien à la mer qu'à la montagne, mais à la double et formelle condition de trouver ici et là, et avant tout, la pureté atmosphérique et de soumettre le malade à la discipline rigoureuse de la cure d'air.

La mer vaut la montagne, car le profit que l'on peut retirer de l'une ou de l'autre dépend un peu de leurs qualités climatiques, et beaucoup de la façon dont on les utilise.

En outre, quand il s'agit de tuberculose il est bien difficile de juger *a priori ;* ceux qui paraissent devoir être réfractaires à la mer ou à la montagne sont ceux qui s'accommodent le plus facilement de leurs climats et qui en retirent les plus grands bénéfices.

Enfin, quelle que soit l'héliothérapie à l'altitude d'après les résultats obtenus à la mer, il nous apparaît que, jusqu'à nouvel ordre, la suprématie dans la cure de la tuberculose péritonéale restera à la cure marine, capable de mettre en jeu cette triple synergie thérapeutique : les bains de mer, la vie en atmosphère pure et l'insolation.

CONCLUSIONS

Au cours de cette étude, après avoir fait l'historique de la péritonite tuberculeuse, nous avons étudié les différentes formes de cette affection.

Nous avons indiqué en quoi consistait le traitement médical tel que nous avons pensé qu'il devait être, c'est-à-dire basé sur les grands principes d'hygiène diététique de la tuberculose (cure d'air, cure au repos, suralimentation) auxquels nous avons ajouté la cure marine et l'héliothérapie.

Il nous reste à tirer les conclusions suivantes :

1° Dans les formes chroniques de la péritonite tuberculeuse chronique de l'enfance, nous rejetons le traitement chirurgical, sauf dans la variété fibro-caséeuse avec phlegmon, et dans certaines péritonites suppurées uniloculaires ; l'intervention des chirurgiens peut s'imposer aussi dans certains cas de sclérose cicatricielle trop vive provoquant des phénomènes d'occlusion intestinale ;

2° Nous rejetons la méthode des ponctions suivies d'injections modificatrices : c'est un procédé aveugle, infidèle, qui n'est pas toujours inoffensif, car on risque

de blesser l'intestin souvent adhérent à la paroi abdominale ; aussi nous en déconseillons l'emploi ;

3° Le traitement médical est donc le traitement de choix. Traiter la péritonite tuberculeuse, c'est traiter la tuberculose ; or, il n'y a pas vis-à-vis d'elle un traitement spécifique, ni un climat curateur, mais la possibilité de la curabilité est mieux admise aujourd'hui, depuis que Grancher a énoncé le fait que le tubercule portait en lui le germe de la guérison. Il faut donc que le médecin s'emploie à relever les forces du malade et à stimuler le processus de guérison dont l'organisme dispose contre l'infection bacillaire ;

4° La cure marine est entrée, dans ces dernières années, dans le traitement de la péritonite chronique ; elle consiste en bains de mer à la plage, bains de mer chauds, bains de mer froids, applications d'eau de mer, expositions à la plage, promenades en barque sur mer ;

5° La cure marine a donné jusqu'à ce jour de brillants résultats ; nous réclamons pour toute péritonite tuberculeuse chronique, quelle que soit sa forme (ascitique, fibro-caséeuse, ou fibro-adhésive), le droit au traitement par l'air marin. Il faut envoyer à la mer toutes ces péritonites sans tenir compte des autres lésions bacillaires, pulmonaires, etc., et sans attendre une amélioration des accidents aigus ou la chute de la fièvre ;

6° L'héliothérapie a donné des résultats remarquables et s'adresse aussi à toutes les formes ; dans les altitudes élevées, elle semble donner des résultats non moins appréciables ;

7° Ces deux modes de traitement : cure marine et héliothérapie à l'altitude, réclament deux climats différents et la question de climat en matière de tuberculose est une chose délicate et très controversée. « Le climat, complexus d'agents physiques, est un grand médicament, et, comme tel, il doit être dosé » a dit Huchard. C'est le rôle du médecin de juger si telle ou telle forme est susceptible de s'améliorer ou de guérir à la mer ou dans un climat d'altitude.

8° Cependant la péritonite tuberculeuse chronique de l'enfance semble se comporter un peu différemment de la tuberculose pulmonaire, et les résultats nous ont montré qu'elle s'accommodait bien des deux climats ;

9° Enfin, bien que mise en pratique tout récemment, l'association de ces deux méthodes, la thalassothérapie et l'héliothérapie, en un mot la cure hélio-marine peut être indiquée dans certains cas et tout permet d'augurer de ce traitement des résultats excellents, grâce à ces deux agents thérapeutiques merveilleux : la mer et le soleil.

Vu : le Président de thèse,
P. MARFAN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Aldibert. — De la Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse chez l'enfant. Thèse de Paris, 1892.

Alleaume. — Contribution à l'étude de la péritonite tuberculeuse. Pronostic et traitement. Thèse de Paris, 1893.

Armand. — De l'Héliothérapie à l'altitude dans le traitement des tuberculoses dites chirurgicales. Thèse de Lyon, 1911.

Ausset-Bédart. — Écho médical du Nord. Lille, 1898.

Badin. — Traitement des exsudats inflammatoires et de la tuberculose par l'insolation (la Clinique, avril 1910).

Baisch. — Résultats éloignés du traitement de la tuberculose génitale et péritonéale chez la femme (Arch. F. Gynäkol., 1908, LXXXIV, 2).

Bagot. — Roscoff au point de vue médical (Étude de climatologie clinique. Maloine, éditeur. Paris, 1899).

Beaulavon. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire dans les sanatoria. Thèse de Paris, 1892.

Beaussenat. — Résultats éloignés de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1893.

Bérard. — A propos du diagnostic de l'évolution et du traitement de la péritonite tuberculeuse (Bulletin médical, p. 549).

Boulland. — Tuberculose du péritoine et des plèvres chez l'adulte au point de vue du pronostic et du traitement. Thèse de Paris, 1885.

Brault. — Péritonite tuberculeuse chez les fillettes (Gaz. des Hôpitaux, 1898).

Brouardel et Gilbert. — Traité de médecine. Art. Périton. tubercul., par Dupré.

Bruhl. — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse (Gaz. des Hôp., 1890).

Burnet-Yeo. — Traitement de la péritonite tuberculeuse (the Lancet, n° 4045, chap. CLX, mars 1901).

Calot. — Traitement marin de la péritonite tuberculeuse (Congrès international de tuberculose, 1905).

Camino. — Sanatorium de Hendaye. Fonctionnement. Résultats (Congrès de thalassothérapie. Biarritz, 1903).

Camino et Dujarric de la Rivière. — De la Cure marine dans le traitement de la péritonite tuberculeuse au sanatorium de Hendaye (Congrès de Physiothérapie. Paris, 1910).

Charcot-Bouchard. — Traité de médecine. Art. de Courtois-Suffit sur les maladies du péritoine.

Chatin et Gaulier. — De l'Héliothérapie dans le traitement des péritonites tuberculeuses (Lyon médical, déc. 1911).

Comby. — Tuberculose péritonéale à forme ascitique (Archives de méd. des enfants, 1898 et 1899).

— Traitement de la péritonite tuberculeuse par la cure marine (Archives méd. des enfants, oct. 1902 et sept. 1905).

Debove. — Traitement médical de la péritonite tuberculeuse (Semaine médicale, 1890).

Espine (d'). — Traitement marin de la péritonite tuberculeuse. Statistique de l'asile Dollfus à Cannes (Congrès International de la tuberculose. Paris, 1905).

Fauchet. — La Cure solaire (la Clinique, 19 juillet 1912, p. 455).

Fedeli. — Sulla cura medica dell periton. tubercul. (Clin. med Pisa, 1904).

Fonssagrives. — Thérapeutique de la phitisie pulmonaire basée sur les indications. Baillière et fils. Paris, 1880.

Franconi. — Sur l'influence de l'héliothérapie sur les séquestres tuberculeux (Deut. Zeit. für Chir., 4 avril 1912).

Gatti. — Soul. processo. intimo di regressione della peritonita tuberculosa par la laparotomie simplice (Riforma Medica, 1894).

Gœpfert. — Traitement médical de la péritonite tuberculeuse (Archiv. de médecine des enfants. 1904).

Grancher. — Tuberculose pulmonaire, in Traité de médecine de Brouardel et Gilbert.

Grange. — Le Traitement médical de la péritonite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1902.

Grisolle. — Path. Int. Perit. tub., t. I.

Guillemare. — Recherches sur la péritonite tuberculeuse aiguë. Thèse de Paris, 1898.

Hallopeau. — Rapport sur l'héliothérapie dans le traitement de la tuberculose (Bull. Acad. de méd., 1908).

Huchard. — Sanatoria et stations climatériques, in Journal des Praticiens, déc. 1897.

Jalaguier. — Traité de Chirurgie.

Josserand. — Traitement de la péritonite tuberculeuse (Lyon médical, 1906).

Joubert et Rivier. — La Cure hélio-marine (Presse méd., 1912).

Kœnig. — De la Tuberculose péritonéale diffuse et des tumeurs apparentes qu'elle détermine dans l'abdomen avec remarques sur le pronostic et le traitement de cette maladie (Centralblatt für Chir., 1884).

Lafont. — Thèse de Toulouse, 1893.

Lalesque. — La Mer et les tuberculeux. Masson, éditeur, 1904.

— L'Importance des hôpitaux marins démontrée par leurs résultats statistiques (Congrès de Physiothérapie. Rome, avril 1912).

— Cure marine de la péritonite tuberculeuse (Communication faite au IIe Congrès de Climatothérapie. Arcachon, 1905).

— La Phtisie pulmonaire au bord de la mer (in Congrès International de thalassothérapie. Ostende, 1895).

— Quels sont les effets de la cure marine au point de vue de la généralisation de la tuberculose (Congrès International de thalassothérapie. Biarritz, 1903).

Laroche. — Comment traiter la péritonite tuberculeuse? Thèse de Paris, 1900.

Lauth. — Traitement de la tuberculose par l'altitude. Doin, édit. Paris, 1896.

Legueu. — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse (Sem. méd., 1894).

Lenormand. — Tuberculose chirurgicale et héliothérapie (Presse méd., déc. 1911).

Leroux. — *a*) La Cure marine de la péritonite tuberculeuse (Arch. de méd. des Enfants. Paris, 1903).

b) Congrès International de thalassothérapie. Biarritz, 1903.

c) Bull. méd. Paris, 1903.

Marcou-Mutzner. — Sanatorium d'Hendaye et le climat atlantique méridional. Thèse de Paris, 1901.

Marfan. — Maladies du médiastin (Traité de médecine Charcot-Bouchard).

— Art. Péritonite tuberculeuse, in Traité des maladies des enfants Grancher et Comby.

Martin (A.). — Valeur comparée du traitement médical et du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse chez l'enfant. Thèse de Paris, 1904.

Mathis. — Du Traitement de la péritonite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1890.

Maurange. — De l'Intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1889.

Malgat. — La Cure solaire dans la tuberculose pulmonaire. Nice, 1903.

Merry. — Étude clinique de quelques formes rares de la péritonite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1907.

Millioz. — De l'Héliothérapie locale comme traitement des tuberculoses articulaires. Thèse de Lyon, 1899.

Miramond de Laroquette. — Traitement de la péritonite tuberculeuse par le surchauffage lumineux (Congrès de Physiothérapie, 1910. Paris).

Monti. — Valeur thérapeutique de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse (Arch. für Kind., 1897).

Mosetig-Moorhof. — Wiener Med. Presse, janvier 1891.

Nobécourt. — Péritonite tuberculeuse (Pédiâtrie prat. Lille, 1910).

Orticoni. — De l'Héliothérapie. Application médico-chirurgicale. Thèse de Lyon, 1901.

Pic. — Intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse localisée et généralisée. Thèse de Lyon, 1890.

Poncet. — Héliothérapie. Communication à l'Académie de Médecine, 15 octobre 1912.

Quervain (de). — Sur le traitement héliothérapique des tuberculoses chirurgicales (Deut. Zeit. für Chir., avril 1912).

Regnard. — La Cure d'altitude. Masson, édit. Paris, 1897.

Rendu. — Le Traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphtol camphré (Soc. méd. des Hôpitaux, mai 1895).

Revillet. — Effets curatifs du climat méditerranéen et de l'héliothérapie local (Congrès de Nice, 1904).

— Traitement de la tuberculose infantile sur le littoral méditerranéen (Communication à l'Acad. de Méd., 1910).

Richardière. — Curabilité de la péritonite tuberculeuse (Méd. mod. Paris, 1893).

Rivier. — La Cure marine hélio-méditerranéenne. Thèse de Lyon, 1912.

Robin. — Traitement de la péritonite tuberculeuse (Correspondan méd. Paris, 1907).

Rœsch. — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuset (Revue de Chir., juillet 1893).

Rollier. — Le Cure solaire d'altitude et la cure solaire de la tuberculose chirurgicale (Congrès Intern. de Physiothérapie. Rome, 1907).

Seu de Rouville. — Péritonite tuberculeuse guérie par la cure d'air, le repos et la suralimentation (Bull. Soc. méd. de la Drôme et Paris, 1902).

Silvestri. — La Cura iodo-iodurata alle Duranti nella peritonito-tuberculare (Il Policlinico, 1903).

Spillmann et Ganinotty — Art. Péritonite (Dictionnaire de Dechambre).

Teissier (P.). — Péritonite tuberculeuse expérimentale. Essais de traitement (XIIIe Congrès Inter. de méd. Paris).

Terrien. — Péritonite tuberculeuse chronique de l'enfance (Presse méd., 1900).

Truc. — Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. Thèse d'agrégation. Paris, 1885.

Variot. — Péritonite tuberculeuse. Sa curabilité (Journal de clin. infant., n° 1).

Weil et Gardères. — De l'Héliothéraphie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse (Lyon médical, déc. 1911).

Witmer. — Sur l'influence de l'héliothérapie à de hautes altitudes dans les tuberculoses chirurgicales (Deut. Zeit fûr Chir., 4 avril 1912).